CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

RENNES - 1905



CONGRÈS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES
ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XVe SESSION
Tenue à RENNES du 1er au 7 Août 1905

VOLUME I

Publié par le Dr SIZARET, Secrétaire Général



RAPPORTS



PARIS
MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905



DE

L'HYPOCHONDRIE

(ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET NOSOLOGIQUE)

RAPPORT

PRÉSENTÉ

PAR M. LE DOCTEUR PIERRE ROY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris et des Asiles d'Aliénés de la Seine,
Médecin adjoint des Asiles publics d'Aliénés,
Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Paris.

DE L'HYPOCHONDRIE

INTRODUCTION

L'hypochondrie a une histoire aussi vieille que son nom, qui date d'Hippocrate. La littérature en est considérable. Pour ne parler que de la première moitié du dix-neuvième siècle, la France vit paraître, en moins de cinquante ans, toute une série de *traités* de l'hypochondrie, ceux de Louyer-Villermay, Brachet, Falret, Dubois (d'Amiens), Michéa, etc, tous très consciencieux et volumineux.

Il est remarquable qu'au début du vingtième siècle, et en cette même année 1905, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, d'une part, et la Société des médecins aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, d'autre part, aient eu, en même temps, la même pensée de demander un *rapport* sur cette très vieille question de l'hypochondrie. Profitant de ce rapprochement, nous avons pensé que la grande liberté laissée au rapporteur français par le titre très vaste « *De l'hypochondrie* » devait être quelque peu tempérée et que les aliénistes de langue française ne réclamaient pas un nouveau traité didactique et complet sur la matière, mais souhaitaient plutôt, comme leurs collègues allemands, un rapport destiné à fixer, si possible, « *La position nosologique actuelle de l'hypochondrie* » (Die nosologische stellung der Hypochondrie).

Ce rapport sera volontairement très incomplet. Il ne faudra pas être surpris d'y constater l'absence de deux chapitres qui occupaient dans les anciens traités une place importante, sinon exclusive : l'*Étude historique* et la *Description clinique*.

L'histoire de l'hypochondrie à travers les doctrines médicales,

anciennes et modernes, serait pourtant bien curieuse à étudier [1]. Mais, précisément en raison de l'extrême abondance de la littérature, une telle étude, pour être consciencieuse et complète, pour ne s'en référer qu'aux originaux et ne pas se borner à copier les citations tronquées et les appréciations partiales d'un précédent auteur, aurait réclamé des connaissances et un labeur que nous ne pouvions y apporter. Dans ce rapport, écrit en 1905, il ne sera question ni d'Hippocrate, ni de Galien, ni de Wilis, ni de Sydenham, ni de Boerhave, ni de tant d'autres qui exposèrent jadis touchant l'Hypochondrie des opinions que nous n'avons pu connaître qu'imparfaitement et de seconde main. En revanche, nous nous sommes efforcé d'étudier la plupart des travaux originaux parus depuis 1880 en France et à l'étranger. Cette date de 1880, à laquelle nous faisons remonter l'histoire contemporaine de l'Hypochondrie, n'est pas choisie indifféremment, puisqu'elle inaugure, avec la première description de la maladie de Beard, ce que Wollenberg a très justement appelé la *période neurasthénique* de l'Hypochondrie. — L'ambition, déjà très grande, de ce rapport, s'est bornée à vouloir essayer de fixer l'histoire de l'Hypochondrie pendant ces vingt-cinq dernières années, de 1880 à 1905.

La description clinique n'occupera également ici qu'une place très restreinte. Non certes que nous nous soyons écarté de l'observation des malades, seul fondement solide pour toute étude psychiatrique, surtout dans un sujet comme celui-ci, où les données anatomo-pathologiques sont encore bien incertaines et où l'expérimentation psycho-physiologique nous a paru interdite par trop de difficultés à surmonter et trop de causes d'erreur à éliminer. Mais l'étude purement clinique de l'hypochondrie ne constituait pas, à notre avis, l'intérêt primordial de ce rapport : longtemps confondus avec les troubles mélancoliques, hystériques, etc., les troubles hypochondriaques sont aujourd'hui bien précisés. Il est certain que nous ne parlons pas le même langage que les vieux auteurs, — et c'est pourquoi nous avons, dans un but de clarté, éliminé leurs opinions confuses et contradictoires, — mais aujourd'hui tous les aliénistes de langue française, et même les autres, s'accordent très bien sur le sens précis et restreint des expressions :

(1) « Dans l'histoire de l'hypochondrie, dit Leuret, il n'est pas moins curieux d'étudier les médecins qui ont écrit sur cette maladie que les malades qui en sont l'objet. »

idée, préoccupation, obsession hypochondriaques. Le devoir du rapporteur consiste ici à définir plutôt qu'à décrire. Notre étude nosologique concernera surtout le diagnostic étiologique des troubles hypochondriaques ; ce qui importe dans la pratique, c'est de savoir reconnaître de quelle maladie relève le symptôme observé.

Mais l'intérêt de ce rapport, — et en ceci nous savons nous conformer à la pensée de quelques-uns, au moins, de ceux qui proposèrent un tel sujet, — l'intérêt principal nous paraît résider dans l'*étude pathogénique* des rapports existant entre les symptômes hypochondriaques et les troubles de la cœnesthésie. Sur la question de séméiologie, nous trouvions un accord presque unanime entre les divers auteurs ; mais ici nous entrons en pleine bataille, lutte déjà bien âpre et ancienne, récemment rajeunie et ravivée, et dont nous chercherons seulement à fixer impartialement les plus récentes acquisitions. Et pour bien montrer qu'il n'y a pas là qu'une simple querelle de mots, vaine et stérile, nous chercherons à trouver dans cette étude *théorique* de la pathogénie des troubles hypochondriaques les éléments de quelques conclusions *pratiques* concernant le traitement rationnel à opposer à ces désordres.

***

*Le rapprochement que nous venons d'établir entre les deux rapports presque simultanés (mai et août 1905) des deux Congrès aliénistes, allemand et français, nous conduit à une réserve personnelle, mais qui s'impose : — comme rapporteur de l'*Hypochondrie, *les Allemands ont choisi un de leurs maîtres les plus estimés, le professeur Wollenberg, de Tübingen, déjà connu pour ses travaux sur la matière ; — comme rapporteur de la même question, le* XIVe *Congrès m'a fait l'honneur de me choisir, moi très jeune et très ignorant de ce sujet antique et controversé. En réfléchissant à ce choix, bien inattendu et immérité, j'ai pensé qu'il comportait des inconvénients et des avantages : — les inconvénients sont nombreux et considérables ; je les ai déjà fait connaître : ce rapport, très incomplet, manquera de la curieuse étude historique et de l'abondante observation clinique dont un auteur plus avancé*

dans la carrière psychiatrique n'aurait pas manqué de l'étayer ; — les avantages sont incertains ; un seul peut-être mérite d'être retenu : en choisissant un rapporteur jeune et quelque peu inexpérimenté, on a pu penser que, retenu par nul souci d'école ni par aucun engagement antérieur, il apporterait, pour juger une question vieille et controversée comme celle de l'hypochondrie, cette impartialité un peu révolutionnaire que les années n'ont pas encore assagie.

D'ailleurs, si ce rapport est l'œuvre d'un seul, on y retrouvera les travaux de beaucoup d'auteurs, que je me suis borné à exposer fidèlement, et les conseils de quelques-uns, maîtres et amis, auxquels j'adresse tous mes remerciements (1).

(1) L'extrême obligeance de M. le Professeur Joffroy, dont j'ai l'honneur d'être depuis plus de deux ans le chef de clinique, m'a laissé la plus grande liberté en son service de l'Asile Clinique que j'ai pu encombrer à loisir de toute une série d'hypochondriaques. Ainsi put disparaître cette anomalie d'un rapporteur qui n'avait ni service, ni malades en dehors de ceux qu'un maître, d'une rare bienveillance, voulut bien lui laisser étudier. — MM. Albès, Bourneville, Castin, Deny, G. Dumas, E. Dupré, Guyot (de Châlons-sur-Marne), Juquelier, Levassort, Laignel-Lavastine, Roubinovitch, Vigouroux, Wollenberg, etc., nous ont facilité notre tâche à des titres divers ; je prie chacun d'eux de démêler ici la reconnaissance très particulière qu'ils savent que nous leur gardons.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOGÉNIE DE L'IDÉE HYPOCHONDRIAQUE

PREMIÈRE PARTIE

PATHOGÉNIE DE L'IDÉE HYPOCHONDRIAQUE

I

EXPOSÉ DES DOCTRINES

CHAPITRE PREMIER

LA PÉRIODE NEURASTHÉNIQUE DE L'HYPOCHONDRIE (1880-1905)

Dans une question aussi controversée que celle de l'hypochondrie, nous prendrons comme point de départ le seul élément où l'accord soit unanime. Réservant la définition de l'*hypochondrie*, où les divers auteurs voulurent exprimer leurs opinions pathogéniques contradictoires, nous ne nous occuperons tout d'abord que de l'*idée hypochondriaque*, base clinique invariable, nécessaire, constante et incontestée du syndrome hypochondrie. Les définitions de l'hypochondrie abondent et la simple énumération de leur infinie diversité constituerait toute une étude historique des diverses doctrines médicales. Au contraire, il n'existe guère qu'une définition de l'idée hypochondriaque, adoptée par tous les manuels ou traités, sauf quelques modifications négligeables : *L'idée hypochondriaque est une préoccupation* NETTEMENT EXAGÉRÉE OU SANS FONDEMENT, *relative à la santé physique.*

A bien y regarder, cette simple définition, unanimement adoptée, suffit tout de suite à poser le problème pathogénique encore si

discuté : — Les préoccupations de l'hypochondriaque ne sont-elles qu'*exagérées*, ou bien sont-elles *sans fondement* ? — A l'origine de ces préoccupations y a-t-il des sensations réelles ou imaginaires ? — S'agit-il d'un trouble intellectuel, de l'imagination, d'une obsession psychique, d'une monomanie triste ? (Legrand du Saulle), d'une hallucination de l'homme sur sa propre santé (Sauvages), — ou bien s'agit-il d'une maladie des organes situés dans les hypochondres, d'une névrose du système nerveux ganglionnaire, d'une hyperesthésie des nerfs sensibles de tous les territoires organiques ou de quelques-uns seulement (Schüle), d'une gastro-entérite chronique (Broussais), d'une dyspepsie flatulente (Beau), etc. ?

Ainsi l'inoffensive et bénigne définition de l'idée hypochondriaque enferme tous les germes des vieilles querelles. Elle évoque d'une part tous les arguments des partisans de la théorie abdominale, depuis l'atrabile de Galien jusqu'à l'auto-intoxication de M. Bouchard, depuis la gastro-entérite agissant sur un cerveau prédisposé de Broussais jusqu'à la mélancolie biliaire de M. Gilbert. Elle rappelle d'autre part les ripostes violentes de Georget, Falret, Dubois (d'Amiens), Guislain, Morel, etc., tous défenseurs acharnés de la névrose cérébrale, affirmant qu'à côté de l'hypochondrie *cum materia*, symptomatique, rare, exceptionnelle, il existe une hypochondrie *sine materia*, essentielle, qui est la véritable hypochondrie, celle qu'on observe tous les jours et qui « n'a pas plus de rapport avec les hypochondres que la mélancolie avec la bile et l'hystérie avec l'utérus (1). »

Ainsi le nom même de l'hypochondrie lui est contesté comme dénué de sens. Georget propose en remplacement celui de *névropathie* (2) ou de *cérébropathie* ; Michéa veut préciser d'un mot barbare : *tanasimonosophobomanie*. Cependant le tout-puissant usage continue à nous faire employer les termes restés classiques d'hypochondrie et d'idée hypochondriaque ; et le titre même de ce

(1) Cotard, *Dict. encyclop. des sciences méd.* Article *Hypochondrie*.

(2) Si notre opinion sur le siège de la maladie qui nous occupe est fondée, le mot *hypochondrie* est impropre, puisqu'il désigne un autre siège ; il faut ou un mot insignifiant, ou une expression qui ait rapport au système nerveux ; « *névropathie* a été employé par quelques auteurs ; *manie de nerfs, vapeurs* sont des expressions vulgaires ». — Georget, *loc. cit.*, p. 137.

rapport leur donne encore aujourd'hui une sorte de consécration officielle (1).

***

Nous n'avons fait que rappeler les vieilles querelles soulevées par l'hypochondrie, puisque ce rapport veut borner son effort à l'exposé des acquisitions de ces vingt-cinq dernières années.

Un fait domine cette période contemporaine : le domaine de l'hypochondrie va se restreignant de plus en plus du côté des psychoses pures, pour s'augmenter au contraire du côté des névroses pures. Ceci peut se traduire en un langage moins « fonctionnel », et engageant moins le fond des choses, en disant que l'étude de l'hypochondrie n'appartient plus exclusivement aujourd'hui à la psychiatrie, mais aussi à la neurologie, sinon même à la pathologie générale. Sans doute les neurologistes et les psychiatres sont ceux surtout qui voient des hypochondriaques ; mais tous les médecins praticiens sont exposés à en rencontrer, et il n'est pas un spécialiste (gynécologue, gastrologue, électrothérapeute, laryngologiste, dentiste, chirurgien, etc.), qui n'ait le plus grand intérêt à savoir distinguer quels sont parmi ses clients ceux que leur hypochondrie doit empêcher de guérir par une simple intervention locale. Sans oublier que ce rapport étudie une question de *pathologie mentale*, nous ne saurions oublier non plus que la

(1) Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'orthographe du mot *hypochondrie*. Un grand nombre, même parmi les plus classiques des anciens et des modernes, tels Georget, les dictionnaires de l'Académie, de Littré, de Larousse, etc., suppriment délibérément la seconde *h*, sans toutefois s'expliquer sur cette suppression. Ce petit point de grammaire n'est pas encore tranché et paraît même représentatif de doctrines adverses : c'est ainsi que les deux thèses de Paris sur l'hypochondrie, publiées toutes deux en 1888, et inspirées par deux écoles différentes, adoptaient chacune leur orthographe : Mars écrivait *hypochondrie*, Journiac écrivait *hypocondrie*.

Sans prendre parti dans un débat purement philologique, il nous semble que le seul point indiscutable en l'espèce doive être cherché dans l'étymologie unanimement admise (ὑπὸ, sous ; χόνδρος, cartilage) et qu'il faille s'y conformer, en maintenant la seconde *h*, commandée par le χ de χόνδρος, aussi bien que la première, réclamée pour des motifs équivalents par l'esprit rude de l'ὑ de ὑπο. Nous écrirons donc très classiquement *hypochondrie* avec deux *h*, attendant qu'une réforme de l'orthographe, logique en sa simplification outrancière, nous ait autorisé à supprimer la première *h* aussi bien que la seconde.

question de l'hypochondrie est celle des maladies mentales qui risque le plus d'intéresser la généralité des médecins (1).

Un fait nouveau et capital a été acquis dans la période qui va de 1880 à 1905 pour l'histoire de l'hypochondrie : c'est l'avènement dans la pathologie psycho-neurologique de la maladie de Beard ou neurasthénie. Ceci ne veut pas dire que Beard ait fait augmenter le nombre des hypochondriaques, mais simplement que beaucoup d'hypochondriaques non délirants, simples nosophobes, ont été étiquetés neurasthéniques, qui jusqu'alors avaient reçu des diagnostics divers (névropathie, vapeurs, etc.). Le neurasthénique est presque toujours nosophobique, disait Kraft-Ebing, exprimant ainsi la fréquence des préoccupations hypochondriaques au cours de la neurasthénie. Mais, si beaucoup de neurasthéniques sont des hypochondriaques, il s'en faut que tous les hypochondriaques soient des neurasthéniques. Certains même contestent que l'*hypochondria minor* et non délirante des neurasthéniques, représentée simplement par une inquiétude insuffisamment motivée, soit de même nature que l'*hypochondria major*, franchement délirante, vésanique, qui n'est guère connue que des seuls aliénistes et se traduit par une croyance irréductible à une affection invraisemblable.

Avant d'aller plus loin, il nous faut insister un peu sur ce point de savoir si la neurasthénie et l'hypochondrie sont séparées par une différence de nature et fondamentale, ou simplement par quelques différences de degré. Les quelques extraits suivants montreront par quels efforts de subtilité bien peu clinique on s'est efforcé de distinguer radicalement les deux affections :

« Entre les états neurasthéniques qualifiés de constitutionnels, dit Gilles de la Tourette, et certaines affections d'ordre vésanique, les démarcations sont bien peu tranchées. Elles le sont si peu que ces malades sont eux aussi de véritables vésaniques, dont les fonctions cérébrales se trouvent, sous une forme atténuée, perverties dans leur ensemble. C'est pourquoi vous aurez souvent bien de la peine à les différencier des états mélancoliques et *hypo-*

(1) Mars (*Thèse de Paris*, 1888), étudiant le délire hypochondriaque symptomatique et idiopathique (nosomanie), élimine tout ce qu'il appelle l'*hypochondrie simple*, parce qu'elle fait partie de la médecine générale. — Nous ne saurions imiter une telle manière de faire que rien ne nous paraît justi[fier]

chondriaques, avec lesquels ils offrent de nombreux points de contact. Dans ces derniers, toutefois, l'état mental est beaucoup plus profondément troublé ; même dans sa forme la plus mentale, passez-moi cette expression, le neurasthénique constitutionnel reste jusqu'à un certain point maître de sa pensée. Lorsqu'il est angoissé, son angoisse ne va jamais jusqu'au délire avec les conséquences qu'il comporte. L'expression symptomatique n'est jamais aussi accentuée surtout que dans la mélancolie anxieuse, par exemple ; il n'est pas moins vrai qu'elle rachète en ténacité ce qu'elle perd en acuité.

« Pour ces diverses raisons, j'estime donc qu'il importe, même après avoir constaté les analogies qui les rapprochent, de différencier nosologiquement la neurasthénie constitutionnelle, avec ses stigmates, des divers états mélancoliques et hypochondriaques (1). »

« La *neurasthénie*, dit Sollier, se rapproche sous beaucoup de rapports de *l'hypochondrie*. Mêmes préoccupations constantes des sensations éprouvées, même analyse minutieuse de tous les symptômes ressentis, même dépression intellectuelle et morale, même incapacité de travail. Mais tandis que l'hypochondriaqne croit à une maladie organique réelle, le neurasthénique n'y croit pas. Il sait que « c'est nerveux ». Il analyse ses sensations, mais il sait qu'elles sont subjectives et ne correspondent pas à un objet réel. Il dit : « C'est comme si j'avais telle chose », et non pas : « J'ai telle chose ». *C'est en quelque sorte le premier stade de l'hypochondrie* qui s'arrêterait en route et n'irait pas à l'interprétation fausse. De sorte qu'en somme le point capital pour le diagnostic, c'est la croyance à l'objectivité des sensations, de même que des sensations analogues dans la folie religieuse sont interprétées dans le sens de la démonomanie ou de la damnation (2). »

Cette distinction entre l'hypochondrie et la neurasthénie se retrouve dans la plupart des travaux français contemporains : Gilbert Ballet (3) n'attribue à la neurasthénie que la forme *d'hypo-*

(1) Gilles de la Tourette, Les états neurasthéniques. *Actualités médicales*. J.-B. Baillière, 1900.

(2) Sollier, *Guide pratique des maladies mentales*, p. 295.

(3) Gilbert Ballet. Psychoses et affections nerveuses. *Leçons de clin. méd*. Paris, O. Doin, 1897, p. 132.

chondrie minor ; il s'agit alors d'une phobie plutôt que d'une véritable conviction délirante ; mais les craintes habituelles des autres phobies neurasthéniques sont ici représentées par la peur d'une maladie de cœur, d'une paralysie, d'une apoplexie cérébrale, etc., peur qui pourra disparaître pour un temps devant les affirmations d'un médecin.

Journiac, interne de M. Magnan, déclare dans sa thèse que « la neurasthénie doit être rapprochée de l'hypochondrie des anciens, mais qu'elle est absolument distincte de l'hypochondrie des modernes. Elle peut engendrer l'hypochondrie, mais celle-ci, pour atteindre un certain développement demande un terrain intellectuel spécial qui lui est offert le plus souvent par la dégénérescence mentale ou par l'affaiblissement psychique ... La neurasthénie seule ne suffit pas pour engendrer l'hypochondrie. Celle-ci, croyons-nous, est le plus souvent le fait d'un cerveau prédisposé ou le signe d'un affaiblissement. » [1].

La même année que Journiac, Mars [2] exposait dans sa thèse l'opinion de Ball et Pichon ; mais il élimine de son étude ce qu'il appelle les idées hypochondriaques *simples*, c'est-à-dire non délirantes. Il n'est donc pas question des rapports avec la neurasthénie.

Un peu plus tard, Castin [3] publie toute une série d'études sur le délire hypochondriaque et de négations d'un grand intérêt clinique. Un de ses mémoires fut récompensé en 1900 par la société médico-psychologique qui avait mis au concours du prix Aubanel la question suivante : *Valeur séméiologique des idées hypochondriaques*. Trois autres rapports furent également récompensés à ce même concours, ceux de MM. Marchand, Cololian et Bernard-Leroy ; mais, à l'exception de M. Marchand qui publia l'an dernier son intéressant travail sur l'*idée hypochondriaque* [4], exposant sans doute les mêmes idées que dans son mémoire pour le prix Aubanel, les conclusions des deux autres lauréats ne nous sont connues que par les quelques mots que leur consacre M. Sé-

(1) Journiac, *Thèse de Paris*, 1888, p. 87 et 10.

(2) Mars, *Thèse de Paris*, 1888.

(3) Castin, Un cas de délire hypochondriaque à forme évolutive. *Annales méd. psychol.*, mai-juin 1900 ; — Le délire des négations n'est-il qu'un syndrome ? *Congrès de Grenoble*, 1902 ; — Etude clinique sur les idées hypochondriaques de négations. *Mémoire mentionné par l'Acad. de méd.*, 1904.

(4) Marchand, *Revue de Psychiatrie*, 1904.

glas (1) dans son rapport à la Société médico-psychologique : nous avons donc été privé, à grand regret, et malgré nos efforts personnels, de l'étude clinique savamment documentée de M. Cololian et de la curieuse analyse psychologique de M. Bernard-Leroy (2).

Nous aurons occasion par la suite de revenir sur le travail de M. Marchand. Mais il nous faut mentionner dès maintenant toute une série de thèses inspirées en ces dernières années par M. Castin, celles de Trébosc (3), Reyne (4), Tassain (5), etc. La thèse de Reyne nous intéresse particulièrement au point de vue des rapports de l'hypochondrie et de la neurasthénie, car elle est consacrée à l'étude de ces idées hypochondriaques simples, non délirantes, que Mars éliminait *à priori*. Mais Castin se rallie a la doctrine déjà défendue par Journiac, et rappelle les signes différentiels proposés par Bouveret pour distinguer le nosophobe neurasthénique qui se tâte le pouls, se palpe, s'examine, s'étudie, consigne en de « petits papiers » ses souffrances multiples, mobiles et changeantes, et se laisse convaincre par le médecin, du véritable hypochondriaque systématisé, sombre, méfiant, jaloux, vaniteux, dont l'idée délirante est étroitement concentrée sur un objet déterminé, et tellement enracinée qu'aucun raisonnement ne pourra la faire disparaître. Le neurasthénique présente un état hypochondriaque qui débute d'ordinaire assez rapidement, persiste quelques semaines ou quelques mois, puis disparaît le plus souvent ; si la guérison complète ne se produit pas, du moins il y a toujours quelque amélioration, une détente dans les exigences du malade, un accès de repentir envers les siens ; sous le coup d'une émotion ou de la nécessité, le neurasthénique se montre capable d'oublier sa crise de désespoir. Au contraire, l'hypochon-

(1) *Soc. médico-Psychol.*, 1902.

(2) Peut-être est-il permis de regretter que la remise d'un manuscrit récompensé, mais non publié, à son auteur oblige, pour le consulter, à s'en remettre à la complaisance variable de celui-ci.

(3) Trébosc, *Valeur diagnostique des idées hypochondriaques de négation*. Thèse de Montpellier, 1903.

(4) Reyne, *Contribution à l'étude des idées hypochondriaques simples* (non délirantes). *Thèse de Montpellier*, 1903.

(5) Tassain, *Valeur pronostique des idées hypochondriaques de négation*. Thèse de Paris, 1902.

driaque n'a pas d'accès à proprement parler ; il a toujours présenté à peu près le même caractère qu'on observe actuellement; on ne saurait marquer un début précis à ses troubles mentaux; ses conceptions délirantes sont tout à fait absurdes; le malade est incapable de faire aucun effort pour les chasser; il est vraiment incurable. — Nous verrons par la suite ce qu'il faut penser d'une telle distinction qui correspond assez bien à celle que proposait récemment Wollenberg entre une hypochondrie accidentelle et une hypochondrie constitutionnelle. Mais dès maintenant, on peut notre que cette opposition, si nettement établie par Castin et Reyne, n'est peut-être pas aussi irréductible dans tous ses caractères qu'elle le paraît tout d'abord : par exemple, le neurasthénique, dit Reyne, n'est pas égoïste et se montre, à l'inverse de l'hypochondriaque systématisé, sensible à toutes les misères. Mais, reconnaît plus loin (1) le même auteur, on retrouve chez le simple nosophobe, une tendance à la méfiance et aux idées de grandeurs comme chez tous les autres malades présentant des idées hypochondriaques. L'exemple de Dumont de Monteux (*Lettres névropathiques*. Paris 1877), médecin et neurasthénique célèbre, qui s'occupait au plus fort de ses crises douloureuses d'établir un hospice pour les vieillards, une société protectrice des animaux, et de faire distribuer gratuitement du tabac aux malades de Bicêtre et de la Salpêtrière, ne peut servir qu'à montrer la variabilité clinique des différents cas d'hypochondrie, mais non l'opposition irréductible entre les formes extrêmes de cette affection.

A l'étranger, au contraire, le dogme de l'*hypochondrie entité « sui generis »*, jamais contesté dans la « période préneurasthénique » (Wollenberg), est vivement attaqué par les auteurs les plus autorisés.

Sans doute Jolly (2), Schüle (3), Westphall (4), etc., continuent de voir dans l'état cœnesthésique primaire morbide le caractère propre à l'hypochondrie.

(1) *Loc. cit.*, page 30.

(2) Jolly, *Hypochondrie, v' Ziemssens Handbuch der speciellen Pathol. und Therap. Bd.* xii, Leipzig, 1877.

(3) Schüle, *Psychiatrie clinique* (Trad. Dagonet-Duhamel), 1886.

(4) Westphall, *Ueber Zwangsvorstellungen. Vortrag vom 5 märz*, 1877, *Berliner Klin. Wochenschr*, 1877, Nr. 46, 47.

Mendel[1] (1889) pense que la crainte et l'angoisse relative à l'état physique constituent des signes caractéristiques, et qu'à côté de la simple nosophobie aiguë, accidentelle, il faut distinguer des formes hypochondriaques, chroniques et constitutionnelles, avec hallucinations morbides du côté des organes des sens.

Boettiger[2] (1898) cherche à renforcer l'autonomie de la folie hypochondriaque en précisant les signes différentiels qui la séparent de la neurasthénie : chez ses dix malades, — dont à la vérité l'histoire clinique ne se distingue guère, à la lecture, des observations habituelles de neurasthéniques, — il dit n'avoir constaté ni la faiblesse irritable, ni le serrement de tête, ni l'épuisement rapide, ni la fatigue de la mémoire, ni l'insomnie après tout travail intellectuel, tous signes qui seraient constants dans la maladie de Beard. Au contraire, chez les dix malades de Boettiger le travail reste agréable; la lumière, ni les bruits ne les font souffrir; l'*hyperesthésie psychique* du neurasthénique est remplacée chez l'hypochondriaque par de la *paresthésie psychique* : toutes les perceptions de celui-ci sont transformées d'une façon illusionnelle; les objets lui apparaissent sans relief ou bien comme éloignés, avec des limites imprécises; les voix lui arrivent comme étouffées; ses sensations olfactives ou gustatives sont obtuses; la perception personnelle est métamorphosée ; il croit agir en automate, n'ayant plus de volonté spontanée. Le neurasthénique a des *idées obsédantes* ; l'hypochondriaque a des *sensations obsédantes*. S'il survient quelques idées hypochondriaques dans le cours de la neurasthénie, elles n'atteignent jamais la fixité, ni la systématisation qu'on observe dans l'hypochondrie. Dans celle-ci, le délire est pur, jamais associé en particulier avec des idées mélancoliques; malgré le début précoce (15 à 22 ans dans les cas cités) et l'évolution essentiellement chronique, l'intégrité intellectuelle persiste toujours. « Ce qui caractérise l'hypochondrie, c'est une transformation de la perception personnelle et de la perception du monde extérieur, ayant son origine soit primitivement dans des

(1) Mendel, *Die hypochondrie beim weiblichen Geschlect, nacht ein em im Berliner Verein für innere medicin gehaltenen Vortrage, Deutsche med. wochenschr*, 1889, Nr. 11.

(2) Boettiger, *Ueber die hypochondrie* (*Arch. f. Psych.*, Bd. XXXI, Heft 1 und 2, 1898.)

processus cérébraux fonctionnels morbides, soit secondairement dans quelque sensation périphérique anormale ; il en résulte une préoccupation obsédante qui finit par absorber toute l'activité intellectuelle du malade et qui s'accompagne d'un état de malaise extrêmement pénible. »

Tout récemment encore, Raecke (1) déclarait que l'hypochondrie est une forme morbide autonome « *cliniquement fermée en soi*, qui se développe de préférence sur un système nerveux affaibli (neurasthénie, hystérie, dégénérescence héréditaire) et que *la véritable hypochondrie est toujours « sine materia »*.

De même, Dercum (2) maintient que cette affection est fondamentalement distincte de la neurasthénie, aussi bien que de la mélancolie, et que les états neurasthénoïdes qui peuvent s'observer dans l'hypochondrie sont toujours très différents de la véritable maladie de Beard.

Ainsi la théorie ancienne de l'hypochondrie, affection autonome et distincte en particulier de la neurasthénie, est soutenue encore, même après 1880, par un certain nombre d'auteurs français et étrangers.

En revanche, pour beaucoup, la plupart des symptômes hypochondriaques entrent dans le domaine de la neurasthénie.

Kræpelin écrit qu'on voit souvent se développer au cours de la neurasthénie acquise ces troubles qu'on désignait jadis sous le nom de formes légères de l'hypochondrie.

Jolly (3), dans un second mémoire (1900), bien différent du premier (1877), pense que les deux névroses, hystérie et hypochondrie, ne sont que des variétés de la neurasthénie, état fondamental dont ils ne seraient que les degrés les plus élevés, avec quelques traits morbides particuliers. Pour l'hypochondrie, ses caractères spéciaux seraient : un état affectif par suite duquel toutes les idées et toutes les craintes sont orientées vers les sensations organiques. C'est l'angoisse qui établit un lien étroit entre la neurasthénie et l'hypochondrie ; les phobies (nosophobie) représentent la transition directe entre ces deux affections.

(1) Raecke, Ueber Hypochondrie. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych* Bd. LIX.)

(2) Dercum, *Philadelphia med. journ.*, 8 fév. 1902.

(3) Jolly. Articles *Neurasthénie, Hystérie* et *Hypochondrie*, in *Ebstein-Schwalbe's Handbuch der praktischen medicin*, Stuttgart, 1900.

G. W. Foster [1] va bien plus loin encore : pour lui, la neurasthénie et la folie ont une base commune (c'est une même affection des cellules corticales du cerveau) et un traitement commun (isolement et séjour dans des maisons spéciales).

Ce n'est pas seulement à l'étranger que l'avènement de la neurasthénie semble avoir bouleversé les vieilles doctrines sur l'hypochondrie. En France, nous trouvons affirmé, dans un grand nombre d'ouvrages contemporains, le principe de l'identité de nature entre la neurasthénie et l'hypochondrie.

« Je crois encore avec M. Boissier [2], dit Maurice de Fleury, que la lypémanie n'est qu'une neurasthénie plus profonde et plus grave, et que ces deux psychoses ont aussi cela de commun que l'une et l'autre peuvent affecter la forme dépressive ou la forme anxieuse. Tel que je le comprends, l'épuisement nerveux embrasse tout un groupe morbide qui va, sans transition brusque et par progression insensible, de la simple dépression passagère à la grande mélancolie délirante. »

Ne sont-ce pas en effet d'authentiques hypochondriaques que ces neurasthéniques dont l'état mental n'est rien d'autre que « la conscience obscure et trouble de cette baisse de fonctionnement, de cette diminution vitale dont chaque muscle, dont chaque glande sont frappés » [3].

Et ce *sentiment d'incomplétude*, cette *perte de la fonction du réel*, qui représente pour Pierre Janet [4], avec l'abaissement de la tension psychologique, la perturbation élementaire la plus profonde de sa *Psychasthénie*, ne peuvent-ils pas constituer précisément la base d'un délire hypochondriaque, voire même d'un délire de négation ?

Mais, parmi tous les auteurs français et étrangers, c'est Dubois (de Berne) [5] qui, l'an dernier, a insisté le plus fortement sur l'unité de toutes les psychonévroses, partant de la neurasthénie et de l'hypochondrie :

(1) *American journ. of insanity*, Janv. 1900.

(2) Boissier, *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports réciproques*. Paris, 1894

(3) Maurice de Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, p. 256. F. Alcan, 1903.

(4) Raymond et P. Janet, *Obsessions et Psychasthénie*. F. Alcan, 1903.

(5) Dubois (de Berne), *Le traitement moral des psychonévroses*. Masson, 1904.

« Depuis les travaux de G. Beard, une nouvelle névrose a été importée d'Amérique et elle semble s'être propagée comme une épidémie. Le nom de neurasthénie est dans toutes les bouches, c'est la maladie à la mode. Je me trompe, la maladie n'est pas nouvelle, c'est le nom sous lequel on la désigne qui a changé. On la décrivait autrefois sous le nom d'*hypochondrie*, de mélancolie; souvent on la confondait avec l'hystérie...

« Un vieux praticien qui, après soixante ans de clientèle, avait conservé toute sa mémoire et tout son talent d'observation, me disait dans une consultation : « Au début de ma carrière j'observais absolument les mêmes troubles nerveux que vous résumez dans ce mot de neurasthénie, et, me semble-t-il, aussi fréquemment qu'aujourd'hui. Lorsque l'état mental était troublé, que le malade était triste, inquiet, nous parlions de mélancolie, d'*hypochondrie*...

« Il n'y a rien de neuf sous le soleil et nos ancêtres possédaient comme nous les particularités mentales dont nous reconnaîtrons le rôle décisif dans l'étiologie des névroses diverses. La neurasthénie existait innomée, tout comme l'*hypochondrie*, la mélancolie, l'hystérie...

« Ayant éliminé les névroses dont l'origine somatique est probable, je ne conserve dans ce groupe des *psychonévroses* que les affections où prédomine l'influence psychique, celles qui sont plus ou moins justiciables de la *psychothérapie ;* ce sont : la neurasthénie, l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie, *les formes légères d'hypochondrie* et de mélancolie ; enfin on peut y faire rentrer certains états de déséquilibre plus graves, frisant la vésanie...

« Les quatre grands stigmates communs aux psychonévroses sont la *suggestibilité*, la *fatigabilité*, la *sensibilité* et l'*émotivité*. Mais dans ce bloc il faut distinguer : la *neurasthénie*, l'*hystérie*, l'*hystéro-neurasthénie*, les *dégénérés et déséquilibrés*, enfin les formes plus sévères de l'*hypochondrie* et de la *mélancolie*, qui empiètent déjà sur le terrain de la psychiatrie proprement dite...

« Dans bien des cas l'hypomélancolie ne dépasse pas les limites de la neurasthénie...

« Voilà l'hypochondrie bénigne, celle qu'on pourrait, sans forcer les choses, faire rentrer dans le tiroir de la neurasthénie, s'il n'était pas déjà si plein...

« Beaucoup de neurasthéniques sont de petits hypochondres...

« Pour Mœbius, la neurasthénie est le germe originel d'où peuvent dériver, par développement ultérieur, soit chez le même individu, soit dans sa descendance, l'hystérie, l'*hypochondrie*, la mélancolie, l'aliénation...

« La neurasthénie légère au début, peut n'être que le prodrome d'une affection plus grave et évoluer, malgré tous nos efforts, vers l'aliénation » (1).

Nous avons assez longuement insisté sur cette question des rapports de l'hypochondrie et de la neurasthénie parce qu'elle nous semble représenter le problème le plus important de cette période contemporaine de l'histoire de l'hypochondrie, que nous avons précisément qualifiée avec Wollenberg de *période neurasthénique*.

Mais, à bien y regarder, discuter les rapports de l'hypochondrie et de la neurasthénie, c'est discuter en réalité toute la question des relations entre les névroses et les psychoses. Or, sans vouloir rappeler toutes les phases de ce vieux problème, il est bien permis de faire remarquer que la tendance actuelle ne semble pas s'exercer dans le sens d'une distinction fondamentale et de nature.

Entraîné par sa verve habituelle, Dubois (de Berne) rapetisse un peu la question quand il écrit :

« Les aliénistes haussent parfois les épaules quand le médecin neurologiste vient à se servir des termes de mélancolie et d'*hypochondrie*. Ils ont l'air de dire : ceci est de notre domaine, n'y touchez pas (2). »

Mais, pour rappeler quelques-uns seulement des plus récents travaux, nous citerons les conclusions de F. Boissier :

« S'il existe une neurasthénie idiopathique et une neurasthénie prélypémaniaque, elles sont bien difficiles à distinguer ... la mélancolie est instable, d'aggravation éventuelle, survenant dans la névrose comme un incident épisodique non obligatoire, ou, comme terme extrême, amenée par la persistance des causes provocatrices » (3).

(1) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 10, 11, 12, 19, 185, 223, 228, 185.

(2) *Loc. cit.*, p. 215.

(3) F. Boissier, *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive*. Thèse de Paris, 1894.

De même Serrigny conclut que « le réduit où sont acculées les psychoses est de plus en plus menacé (1). »

Enfin Lentz pense que « la névrose, la psychose, la neurasthénie, etc. constituent des états évolutifs comprenant tout un ensemble de manifestations, depuis la plus simple prédisposition jusqu'à l'affection la plus développée, entité qui peut s'arrêter à chaque phase de son évolution ou la parcourir tout entière jusqu'à la dernière, suivant les conditions où se trouve l'individu et les causes qui agissent sur lui (2). »

Il semble que nous nous soyons singulièrement éloignés de l'étude pathogénique de l'hypochondrie en discutant aussi longuement ses rapports avec la neurasthénie ou la question de savoir si l'hypochondrie doit rentrer dans le groupe des névroses ou dans celui des psychoses. En réalité, nous avons cru nécessaire de nous élever un peu au-dessus de la question locale, que nous avions à traiter, pour la situer telle qu'elle nous apparaît au milieu de la pathologie générale, en présence des doctrines médicales actuelles.

Aussi ne craindrons-nous plus désormais d'emprunter les arguments destinés à étayer l'une ou l'autre des théories pathogéniques de l'hypochondrie aussi bien au domaine de la neurologie pure qu'au domaine psychiatrique ; car il nous paraît réellement qu'il existe tous les états intermédiaires, depuis la simple nosophobie du neurasthénique jusqu'au délire hypochondriaque ou de négations du dément le plus incurable.

L'hypochondrie est-elle une maladie fonctionnelle, (névrose ou psychose, peu importe) ? — ou bien n'est-elle pas plutôt l'affection la plus propre à démontrer l'origine matérielle et périphérique d'un grand nombre de troubles psychiques ou nerveux, longtemps crus d'ordre dynamique (3) ? — Telle est la question, grosse de conséquences, que nous tenterons, sinon de résoudre, du moins de poser avec quelque clarté.

(1) René Serrigny, *Considérations cliniques sur la parenté des névroses et des psychoses.* — *Annales médico-psychol.* — 1898, p. 34 et 227.

(2) Lentz (de Tournai), *Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie.* — Rapport au congrès internat. de neurol., psychiatr., etc. Bruxelles, 14-19 sept. 1897. — *Revue neurologique*, 1897, p. 562.

(3) De Buck, *L'Origine périphérique des psychoses* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, avril 1904).

CHAPITRE II

DEUX DOCTRINES PATHOGÉNIQUES ADVERSES

« On appelle ordinairement maladie nerveuse fonctionnelle celle qui ne laisse découvrir aucune altération pathologique *visible* dans le système nerveux..... Mais il vaut mieux parler de *signes fonctionnels* plutôt que de *maladies fonctionnelles* du système nerveux. »

Ainsi s'exprimait Obersteiner le 9 août 1900, dans une conférence à la section de Neurologie du XIVe Congrès international de médecine de Paris (1). Mais le même auteur, qui prévoyait que le champ des maladies sans lésion irait diminuant de plus en plus, ajoutait : ... « Toutefois une catégorie de symptômes conservera encore longtemps, pour ne pas dire toujours, son caractère fonctionnel ; ce sont les symptômes purement psychiques. »

En ce qui concerne les troubles hypochondriaques, il convient de rechercher si ce sont là des symptômes purement psychiques ou si une étude attentive ne peut pas leur découvrir quelque fondement organique.

Pour exposer les deux opinions adverses avec quelque précision, nous opposerons, un peu artificiellement, sans doute, les observations et les travaux de deux auteurs qui nous ont paru représenter l'une et l'autre doctrine dans tout ce qu'elles ont de plus extrême. Il faut aller, dit-on, jusqu'au bout de ses idées pour bien les connaître, et les apprécier. Dans les deux sens inverses, Dubois (de Berne) et Head (de Londres), ce dernier entraîné encore plus avant par ses successeurs, ne nous ont paru redouter aucune des conséquences, même les plus outrancières, qui pouvaient découler de leurs affirmations : — Dubois (de Berne) pense que l'hypo-

(1) *Revue neurologique*, 1900, p. 854.

chondrie, comme toute autre psychonévrose, est une affection purement psychique, à symptômes exclusivement psychiques, justiciables de la seule thérapeutique psychique ; — Henry Head, au contraire, observe que certains troubles mentaux peuvent accompagner les affections organiques les mieux caractérisées ; et d'autres auteurs s'emparent aussitôt de ces faits pour conclure, avec un peu de hâte, que certains, sinon même tous les pensionnaires des asiles d'aliénés présentent des lésions organiques responsables de leurs divers troubles mentaux.

I

La Doctrine Cérébrale : Dubois (de Berne).

Dubois (de Berne) commence par exposer sa théorie générale des psychonévroses et l'inutilité de leur étude anatomo-pathologique :

« C'est une conception enfantine que de chercher l'origine de ces altérations structurales ou chimiques qui modifient notre moi pensant et sentant dans un simple trouble de fonctionnement de nos organes splanchniques, de tout ramener à des phénomènes chimiques de nutrition retardante, à l'anémie, à la pléthore, à l'insuffisance de la fonction hépatique. Ce sont là des illusions des gens de laboratoire qui, ayant découvert une petite vérité chimique, prennent pour pierres d'angle les grains de sable qu'ils ont apportés à l'édifice. On oublie l'abîme qui sépare la physiologie, même moderne, de la clinique, la théorie toujours précaire de la pratique... (1). »

« D'où vient chez les médecins cette difficulté à reconnaître la nature mentale des psychonévroses ?..... Notre éducation mentale nous pousse à chercher la lésion, à constater des altérations organiques. Le cerveau ne nous intéresse que quand il y a hyperémie ou anémie, hémorragie ou thrombose, méningite ou tumeurs. *Quand le cerveau n'est troublé que dans son fonctionnement, nous abandonnons le terrain a l'aliéniste.*

(1) *Loc. cit.*, p. 18.

« Mais les médecins d'asile observent les formes les plus sévères de psychopathies, les folies, et, si leurs études les rendent plus particulièrement aptes à l'analyse psychologique, il faut avouer que leur influence n'est pas aussi forte qu'on pourrait le désirer. Ils vivent un peu à part, surchargés de devoirs professionnels et écrivent peu. L'enseignement de la psychiatrie n'est pas assez suivi ;..... souvent aussi les aliénistes subissent trop passivement l'influence de la clinique médicale..... » [1].

Ayant ainsi établi que toutes les psychonévroses ne sont que des troubles du fonctionnement cérébral et qu'aucune lésion encéphalique ne saurait les expliquer, Dubois (de Berne) expose les raisons uniquement psychiques pour lesquelles certains de ces malades deviennent hypochondriaques :

« Le neurasthénique pusillanime se laisse impressionner par les nombreux troubles fonctionnels qu'il ressent comme nous autres (tout le monde est plus ou moins neurasthénique), mais qu'il voit grossis, en *hypochondre* qu'il est [2].

« Il nous arrive à tous d'être fatigués, d'avoir quelque trouble gastrique, des battements de cœur, une névralgie fugace. Pleins de confiance dans notre santé, nous sourions de ces bobos. L'*hypochondriaque* prend peur, constate avec dépit cette lassitude, *la rend durable par l'attention qu'il lui prête* ; fasciné par l'idée de maladie, elle devient chez lui idée fixe [3]. »

Certains malades ont des *algies fixes* : douleurs dans l'abdomen, entre les épaules, au rectum, à un endroit quelconque. Et chacune de ces localisations devient le point de départ de la crainte imaginaire de quelque affection grave et incurable : le type de ce *nosophobe*, c'est le Malade imaginaire de Molière.

D'autres « ne se plaignent que de désordres *d'apparence* physique, d'un goût amer à la bouche, d'une sensation de brûlure à la langue, de renvois, d'une chaleur intense à l'estomac, de borborygmes, de douleurs, de flatulences; et, comme tout cela existe sans trouble des facultés intellectuelles, nous avons quelque peine à déceler la psychopathie [4]. »

(1) P. 25.
(2) P. 201.
(3) P. 218.
(4) P. 221.

Enfin il y a des cas graves, c'est la mélancolie hypochondriaque.

Mais, de toute façon, dans sa forme légère ou dans sa forme grave, l'hypochondrie reste confondue dans le bloc des psycho-névroses, synthèse de toutes les affections nerveuses sans lésions, à symptômes uniquement fonctionnels, et curables seulement par un traitement moral. « Les vues synthétiques sont plus utiles qu'une analyse de myope ... ce n'est pas voir moins bien, c'est voir de plus haut. »

Quant aux raisons qui font que l'on devient hypochondriaque plutôt qu'hystérique ou neurasthénique banal, l'auteur les cherche uniquement dans la constitution psychique du patient :

« Quand on devient fou, on le devient dans le sens de sa mentalité antérieure, et j'ai retrouvé vers la cinquantaine des symptômes *d'hypochondrie* assez graves chez des confrères qui, à l'âge d'étudiant, avaient montré seulement cette pusillanimité qui les exposait aux quolibets de leurs camarades. . .

« Le meilleur moyen de troubler sa santé, c'est précisément de s'en inquiéter, d'être, en un mot, un « *salutista* » (expression italienne, dérivée de *salute*, la santé).

Quant aux troubles périphériques locaux que certains auteurs ont cherché à décrire chez les neurasthéniques, et en particulier chez les hypochondriaques, Dubois (de Berne) en pense ce qu'il pense des signes physiques chez les hystériques, dont il dit : « *J'ai eu l'impression qu'il ne fallait pas les rechercher* ; *car les constater, c'est les faire naître* » (1).

La verve de l'auteur s'exerce alors tout à loisir pour nous décrire la lamentable odyssée de certains neurasthéniques ou nosophobes, errant de spécialiste en spécialiste :

« Un peu de philosophie, facile à inculquer, suffirait à rétablir l'équilibre mental, à supprimer les désordres fonctionnels.

« Mais on n'y songe pas. Un gynécologue célèbre, mais qui, paraît-il, a conservé les œillères du jeune spécialiste, découvre une hypertrophie de la matrice, une petite ulcération du col, un peu de métrite. Voilà la cause de tout le mal. La malade a beau insister sur les causes morales de son nervosime, l'opérateur ne se laisse pas détourner : il ampute, cautérise, pratique le cure-

(1) P. 299.

tage de la matrice et s'attend à voir disparaître les accidents nerveux. Il s'imagine avoir obéi à l'adage : *Sublata causa, tollitur effectus.* Il n'en est rien, à son grand étonnement.

« La malade tombe entre les mains d'un médecin expert dans le traitement des maladies de l'estomac. Celui-ci est un médecin sérieux qui ne se contente pas d'un examen superficiel. Pensez donc, il siphone l'estomac, analyse le suc gastrique, injecte de l'air dans l'organe et en note les limites au crayon bleu. D'une main experte il provoque le bruit de succession et il déclare : « Vous avez une dilatation d'estomac ; il y a hypoacidité ; vous ne serez jamais bien aussi longtemps que la motilité et le chimisme de votre estomac seront troublés. » Il prescrit une sangle qui doit soulever l'estomac ptosé, un régime sec, et note soigneusement les aliments qu'il faut éviter. Il en fait une énumération si prolixe qu'il aurait perdu moins de temps en notant ceux qu'il permet.

« La malade maigrit de plus en plus, s'affaiblit. Elle souffre, il est vrai, un peu moins de l'estomac, car elle n'exige pas beaucoup de cet organe, mais elle est plus nerveuse que jamais. C'est à l'électricité maintenant qu'on aura recours. La malade va s'asseoir sur le tabouret isolant de la machine statique. Le souffle, l'aigrette statique, les décharges disruptives vont agir sur les neurones comme sur le « cohéreur » du télégraphe sans fil. Et c'est avec un contentement profond que le neurologiste va promener son électrode sur la surface du corps, sans se laisser arrêter par le sourire, oh combien sceptique. de la malade. Franchement, le plus malade des deux n'est pas celui qu'on pense !

« Je n'ai nullement chargé ce tableau et Molière aurait aujourd'hui beau jeu » [1].

Il y a beaucoup de vrai dans ce tableau; et nous verrons plus loin qu'il ne faut jamais ne voir qu'un trouble local chez un neurasthénique ou un hypochondriaque, sous peine de s'attirer des désastres thérapeuthiques semblables à ceux qui viennent d'être rappelés. Mais peut-être ne suffit-il pas de constater l'impuissance fréquente du traitement local pour nier l'existence même des troubles locaux qu'on voulait combattre et dont le malade souffrait d'une manière non imaginaire.

(1) *Loc. cit.*, p. 111.

Tel n'est pas l'avis de Dubois (de Berne) : « On répète que rien n'agit sur l'humeur comme les maladies de l'estomac, alors qu'on ferait mieux de dire que rien ne trouble les fonctions de l'estomac comme les passions tristes (1). »

C'est un cercle vicieux, dit l'auteur : « les malaises réels font naître des craintes, des phobies, et d'un autre côté, les représentations mentales de nature pessimiste créent de nouveaux désordres.

Babinski appelle hystériques les symptômes qui naissent par la voie des représentations mentales ; mais, obéir à ces représentations mentales n'est pas l'apanage exclusif de l'hystérique : « le neurasthénique, l'*hypochondriaque*, le mélancolique tombent dans le même défaut ; chez l'homme normal déjà, la suggestibilité est incommensurable... Il est inutile de s'efforcer de donner à l'hystérie le caractère d'une entité morbide, de la séparer artificiellement de la neurasthénie avec laquelle elle est presque toujours combinée. On retrouvera souvent aussi chez ces malades des symptômes évidents d'*hypochondrie* et de mélancolie (2). »

En résumé, pour Dubois (de Berne), l'hypochondrie, comme toutes les autres psychonévroses, ne relève d'aucune lésion encéphalique, ne se localise en aucun trouble périphérique organique, ne reconnaît à son origine qu'une constitution psychique particulière ; et, par conséquent, le seul traitement qu'on puisse opposer aux souffrances de l'hypochondriaque tient tout entier dans la maxime de Sénèque : « *on n'est malheureux qu'autant qu'on le croit* (3). »

II

La Doctrine viscérale : H. Head.

Pour bien apprécier la portée des conclusions de Henry Head, il convient de connaître la manière dont les observations ont été recueillies et de savoir avec quels soins, avec quel scrupuleux

(1) P. 305.
(2) P. 210.
(3) P. 465.

labeur, l'auteur a cherché à éliminer toute cause d'erreur. Ainsi l'étrangeté inattendue de certaines conclusions ne devra pas faire rejeter en bloc et *a priori* des travaux qui méritent d'être examinés, en tout état de cause, avec un soin égal à celui qu'y apporta l'auteur.

Alors que le plupart des recherches de Head sur la sensibilité publiées successivement en 1893, 1894, 1896, ont eu en France et à l'étranger un légitime retentissement, il semble que le mémoire de 1901, qui nous intéresse plus spécialement, ne soit guère connu, au moins en France, où nul travail d'analyse ou de contrôle, à notre connaissance, n'a été publié jusqu'ici. C'est pourquoi nous tenterons de le résumer assez longuement.

Le mémoire de Head (*Brain*. 1901, p. 345-349), porte un titre très modeste : *Sur certains troubles mentaux qui accompagnent les affections viscérales*. Quand il commença son travail en 1893, Head était médecin résident (*house physician*) à *l'hôpital de Victoria Park pour les maladies de la poitrine* (cœur et poumons) ; à partir de 1896, les premières observations furent augmentées et confirmées à *l'hôpital de Londres*, où l'auteur est actuellement médecin assistant. Les malades observés appartiennent à la classe hospitalière habituelle, et plus particulièrement à la partie de cette classe qui souffre d'affections pulmonaires, cardiaques ou abdominales. — « *J'ai éliminé*, dit Head, *tout malade ayant été aliéné* ou souffrant de quelque maladie nerveuse. J'ai éliminé tous ceux dans les antécédents héréditaires desquels on trouvait une légère teinte d'aliénation, et tous les Israélites, à cause de l'aptitude reconnue de cette race aux névroses fonctionnelles. »

L'auteur prenait toutes ses observations lui-même, seul, sans assistant dont la présence aurait pu l'empêcher de gagner la pleine confiance du patient ; il venait examiner celui-ci à toute heure, de jour ou de nuit ; il le voyait dans son lit, séparé des lits des voisins par des paravents, le plus souvent dans l'obscurité. Et c'est en s'entourant de ces précautions, en faisant subir à des malades scrupuleusement choisis un interrogatoire systématique, que Head parvint à relever chez des cardiaques ou des pulmonaires des changements d'attitude et d'esprit, des modifications d'humeur du jour au lendemain, qui sans doute seraient restés inaperçus du médecin qui se serait borné à passer une visite

officielle tous les jours à la même heure, entouré d'une cohorte d'élèves dont la présence aurait suffi à empêcher toute confidence de la part des patients.

Ces changements d'humeur et les autres troubles mentaux associés (hallucinations, interprétations) reconnaîtraient pour principal facteur *la douleur réfléchie des affections viscérales* (the reflected pain of visceral diseases) (1). Telle est la théorie. Voyons maintenant sur quels faits, observés avec la méthode que nous avons dite, est établie cette théorie.

Plusieurs espèces de troubles mentaux peuvent accompagner les affections viscérales :

I. ***Les Hallucinations.*** — Elles ont été recherchées avec une grande rigueur et Head en distingue à cet égard trois classes : — I. Dans un premier groupe les hallucinations sont absolument certaines ; elles se sont produites pendant le séjour à l'hôpital et un examen approfondi immédiat a permis d'éliminer la possibilité de quelque cause extérieure, comme aussi de rechercher l'état de l'organe sensoriel en cause et de noter enfin les modifications de la sensibilité cutanée avant et après l'hallucination. — II. Pour une seconde catégorie d'hallucinations, les garanties sont déjà moins grandes, bien qu'elles se soient produites également à l'hôpital ; mais l'examen complet du sujet n'a pu avoir lieu qu'après 24 heures. — III. Dans un troisième groupe, il s'agit d'hallucinations qui se sont produites chez le malade et dont on n'a eu la confirmation que par le récit de sa femme, par exemple.

Les hallucinations ainsi étudiées étaient surtout des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat.

1° Pour les *hallucinations de la vue*, on a pris soin d'éliminer toute possibilité d'alcoolisme.

Elles consistaient en l'apparition d'une tête, d'un buste, semblable à une statue, sans bras ni jambes, drapée dans un châle ou dans un linceul; la vision était blanche, noire, grise, jamais colorée, pas même aux lèvres, et ne ressemblait jamais à une

(1) Head désigne sous le nom de *douleur réfléchie* des affections viscérales celle qui s'accompagne d'hyperesthésie et qui siège en des zones tégumentaires déterminées pour chaque organe. Cette douleur réfléchie est, en quelque sorte, la projection sur la paroi de la douleur viscérale locale.

figure normale. D'ordinaire, le malade estimait qu'il s'agissait d'un fantôme, le plus souvent de femme. L'apparition était solitaire, venait sans bruit pendant le sommeil et se tenait immobile au pied du lit. La première fois surtout elle causait une grande crainte au malade.

2° Les *hallucinations de l'ouïe* sont plus difficiles à reconnaître chez un sujet d'esprit normal que chez un aliéné. Jamais, en effet, chez les malades de Head, il ne s'agit d'hallucinations verbales avec voix articulées. Ce sont toujours des hallucinations élémentaires : coups frappés, cloches, sifflets, bruits de pas qui s'éloignent ou se rapprochent, etc. Ces bruits ne se produisent que dans le silence complet de la nuit et cessent dès que parle le malade. La réaction, chez celui-ci, est naturellement désagréable.

3° Les *hallucinations de l'odorat* sont à coup sûr les plus difficiles à rechercher. Il faut, pour les affirmer, être présent lors de leur production et examiner la langue, le nez, la bouche du malade qui se plaint de sentir le fromage, les œufs pourris, une fuite de gaz, des chiffons brûlés, une odeur de terre ou de tombeau. De même, il faut se garder d'affirmer une hallucination de l'odorat chez un malade qui déclare sentir une odeur infecte de matières fécales, et dont une infirmière négligente laissa le bassin sous le lit. Il est à remarquer que, si les hallucinations de la vue sont empêchées par la lumière et les hallucinations de l'ouïe par les bruits du jour, celles de l'odorat disparaissent par l'inhalation de fortes odeurs, telle l'odeur du pippermint ; mais cette suppression n'est que temporaire. Les hallucinations olfactives peuvent apparaître dans la journée. Elles peuvent entraîner chez le malade qui y est en proie, des nausées, des vomissements, parfois même le refus des aliments.

II. — ***Les modifications de l'humeur*** (*mood*) se traduisent par un état de mal-être ou de bien-être morbides.

1° L'état de *dépression* ou de mal-être se manifeste sous forme de paroxysmes : par exemple le malade soudain se lève de table, comme s'il voulait vomir ; il va s'isoler dans un coin, en proie à un grand désir de pleurer, sans pouvoir dire pour quelle cause ; la musique, alors, lui est désagréable. Il est dans l'attente d'un

malheur, il voit sa maison désertée, le foyer sans feu, les gais papiers de la chambre devenus tout gris, etc. S'il a des idées de suicide, elles sont toujours passagères, le malade les repousse, et l'idée a disparu avant que l'acte ait pu être exécuté. Cet état, apparu brusquement, disparaît de même, mais se reproduit souvent.

Pour montrer la manière dont Head recueillait ses observations et pour illustrer par un exemple l'état de dépression et d'inquiétude qui peut accompagner la douleur viscérale réfléchie nous résumerons ici l'observation IX (*Brain*. 1901, p. 426).

Obs. IX. — *Un cas de tuberculose pulmonaire avec guérison ultérieure.* Jeune fille de 23 ans, tuberculose pulmonaire. *Douleur viscérale réfléchie du côté gauche avec céphalée du même côté.* Intelligente. *Caractère gai.*

État de dépression : Le 4 décembre au matin la malade est fatiguée et souffre de la tête au niveau des deux tempes et du sommet. Douleur du côté gauche et au creux épigastrique avec hyperesthésie. A 9 h. 1/2 la jeune malade venait d'aider les infirmières à servir le déjeuner, quand elle fut envahie soudain par un sentiment de tristesse semblable à celui d'une enfant qui attend une punition. Je la trouvai dans un coin solitaire du corridor, pleurant, sanglotant, ne voulant parler à personne. Elle avait peur de tout, sans savoir de quoi exactement. Je remarquai qu'elle appuyait sa main au creux épigastrique comme si eût été là l'origine de sa crainte. Elle déclara à une compagne qu'elle était certaine de recevoir de mauvaises nouvelles.

Dans cet état de dépression, la malade ne pouvait se donner la représentation mentale de son appartement que sous un aspect très particulier : sa maison, d'ordinaire gaie et agréable, claire, ordonnée, lui apparaissait sous des couleurs uniformément sombres et comme dans un brouillard ; les chaises étaient dérangées, tout était sens dessus dessous, on se serait cru au milieu d'un déménagement, etc.

La malade avait fait quelques amies à l'hôpital ; subitement elle leur tourna le dos, les accusant de dire du mal d'elle et qu'elle était une fainéante. Il est vrai qu'un simple démenti suffit à lui faire oublier ces soupçons.

Cet état persista jusqu'à 5 h. 1/2 de l'après-midi ; il disparut alors, mais revint pendant la nuit et le lendemain.

2° L'état *d'exaltation* ou de bien-être se montre habituellement chez de vieux cardiaques ou tuberculeux, qui éprouvent une sensation de force physique supérieure à celle dont ils étaient

doués avant leur maladie : tel malade veut à toute force se lever de son lit pour rentrer chez lui, qui est arrêté par le seul effort de mettre son pantalon ; un autre veut soulever des poids lourds, porter un camarade sur une chaise ou exécuter quelque tour de force. Les femmes veulent se lever pour faire le ménage, frotter, laver, soulever des seaux lourds.

III. — Enfin chez certains malades, on observe un état de ***suspicion*** qui rappelle beaucoup l'état d'interprétation de certains aliénés : à certains signes, le malade croit reconnaître que ses amis, sa femme, le médecin, la surveillante lui en veulent. On parle de lui, on dit qu'il est paresseux, bon à rien, simulateur. Mais il n'apporte aucun fait précis et une simple dénégation suffit à le rassurer, ce qui le différencie nettement du persécuté classique. Il s'agit seulement d'un sentiment invincible de suspicion qu'il reconnaît n'être étayé sur aucune raison logique.



Tels sont les différents troubles mentaux observés par Head au cours des maladies organiques les plus variées. Quel est le facteur commun capable d'expliquer que les cardiaques et les pulmonaires étudiés puissent être divisés en deux groupes suivant qu'ils ont présenté ou non ces modifications psychiques ? — Quatre tableaux synoptiques très précis et complets résument *154 observations dont aucune ne fut suivie pendant moins de cinq semaines.*

1er tableau : *cardiaques avec symptômes mentaux* (1) : aortiques, anévrisme de l'aorte, mitro-aortiques, symphise du péricarde.

2e tableau : *cardiaques avec symptômes mentaux.*

3e tableau : *pulmonaires avec symptômes mentaux* : phtisie tuberculeuse avec complication gastro-intestinale, sclérose pulmonaire, asthme.

4e tableau : *pulmonaires sans symptômes mentaux.*

La répartition en ces quatre tableaux des différents malades

(1) Tous les cas de « folie cardiaque » ont été soigneusement éliminés.

observés ne dépend ni de la *fièvre* (tous les cardiaques étaient apyrétiques), ni de la perte de poids (les tableaux I et II renferment l'un et l'autre des cardiaques avec ou sans diminution de poids), ni des troubles vasculaires (la plupart des lésions cardiaques étaient compensées), ni de l'anémie, etc.

« Le seul facteur qui soit toujours présent dans les tableaux I et III est toujours absent dans les tableaux II et IV, c'est la *douleur viscérale réfléchie.*

« Ce type de douleur est produit par des poussées passant des organes malades par les fibres du sympathique, à travers le ganglion de la racine postérieure, et dans le système nerveux central. D'autres impressions sensorielles intéressant les mêmes segments sont modifiées et la douleur est produite rayonnant autour du corps, accompagnée d'une sensibilité croissante à la douleur des téguments en rapport avec les segments affectés. »

Toutefois il ne faudrait pas supposer que les troubles mentaux doivent immédiatement se montrer dès qu'il existe une douleur réfléchie s'accompagnant d'hyperesthésie superficielle ; il faut que la douleur soit d'intensité considérable et de quelque durée.

Sans doute il existe bien quelques facteurs accessoires qui tiennent par exemple à la forme clinique de la cardiopathie ou de l'affection pulmonaire. Ainsi les troubles mentaux s'observent surtout quand le murmure systolique entendu au foyer mitral s'accompagne d'un premier bruit aigu et bref, avec ou sans murmure de sténose mitrale; — tandis que les mêmes modifications manquent d'ordinaire dans les affections mitrales où le murmure systolique de la pointe se propage dans l'aisselle et dans le dos. Mais précisément la douleur réfléchie manque le plus souvent chez ceux-ci, qui existait chez ceux-là.

De même les troubles mentaux ne se montrent guère dans la tuberculose ulcéreuse à marche rapide, parce que là encore les terminaisons nerveuses tôt détruites ne permettent guère l'apparition de la douleur réfléchie.

S'il n'y a pas de troubles mentaux dans la pleurésie, c'est parce que la douleur pleurétique n'est pas assez intense et surtout parce qu'elle affecte un type différent de douleur *locale* (inflammation de la doublure intérieure de la paroi thoracique), et non de douleur *viscérale.*

Le *sexe* semble jouer un certain rôle dans l'apparition des troubles mentaux au cours de l'affection viscérale :

Sur 65 cardiaques *hommes*, 21 présentaient des troubles mentaux.
— 61 — *femmes*, 34 — — —

La *menstruation* a paru augmenter la douleur viscérale réfléchie.

La *fièvre*, qui agit en augmentant ou généralisant cette même douleur réfléchie, explique peut-être que les tuberculeux présentent des troubles mentaux plus souvent que les cardiaques, ceux-ci étant d'ordinaire apyrétiques.

L'anémie, la perte de poids ont peut-être quelque action. Quant à la *prédisposition*, son rôle est absolument nul dans les cas rapportés, puisque nous avons dit que les malades le moindrement suspects à cet égard avaient été systématiquement éliminés.

Donc, quels que soient les facteurs accessoires, c'est la *douleur viscérale réfléchie avec hyperesthésie* qui est le facteur principal dans la production des troubles mentaux.

Il reste à étudier quel est le rapport entre cette douleur et chacun des symptômes mentaux pris en particulier.

I. — **Causes de l'état de dépression**. — C'est pour la *dépression* (état de mal-être) que les rapports avec la douleur réfléchie sont le plus facile à établir.

« La dépression est en réalité une altération aiguë du ton affectif dans le sens du mal-être. *Ce n'est en aucun sens un état intellectuel* induit par suite des pensées et tourments engendrés dans l'esprit du malade par l'affection dont il souffre. Un patient, déprimé pour de telles raisons, peut être triste et ne pas désirer causer, mais il s'égaye d'une bonne parole ou de la visite d'un ami. Il a rarement le désir de pleurer, et la maladie qu'il redoute est bien définie ; il s'inquiète pour son travail ou pour son entourage. Les malades intelligents qui ont éprouvé ces deux formes de dépression insistent sur les différences qui les séparent.

« Nous ne pouvons pas, non plus, supposer que ce mal-être fait partie de la dépression générale accompagnant toute douleur. Quand on souffre d'une brûlure ou d'une dent malade, on peut être sombre et misérable, parce que certains mouvements ou

bien la mastication, viennent augmenter la douleur ; mais cette souffrance est bien différente de l'état que nous envisageons ici.

« *L'état de dépression en rapport avec la douleur viscérale réfléchie peut être rapproché des formes légères de la mélancolie vraie et aussi de certains états neurasthéniques.* Mais nous ne parlons ici que de personnes à l'esprit équilibré et souffrant simplement de maladies organiques des viscères. »

Comme le vrai mélancolique, les cardiaques et les tuberculeux étudiés par Head ont bien une sensation de mal-être, mais ils n'ont aucune idée des motifs de cette sensation ; ils pleurent, mais sans pouvoir dire pourquoi ; leur raisonnement est toujours intact, et ils n'ont jamais la crainte de perdre la raison. Ils sont même capables, si on les aide, de se rendre compte que leurs craintes et leurs souffrances sont sans fondement. « *On voit donc que les caractères les plus marqués de cette dépression sont tous associés avec un sentiment qui réside en dehors de la raison.* »

Cette sensation de mal-être n'est, en aucune manière, une émotion propre, « *car sa caractéristique est l'absence de projection.* » Dans la tristesse ordinaire, nous sommes tristes pour quelque chose ou pour quelqu'un ; et il est très douteux qu'on puisse être triste sans projeter cette tristesse sur quelque *objet.* Cette projection, d'après Head, représente justement l'élément nécessaire de toute véritable émotion, telle que tristesse, amour, haine et autres semblables. Cette distinction se marque dans la langue anglaise par l'absence de synonymie entre les deux mots « *émotion* » (peur d'une chose, par exemple) et « *mood* » (peur sans savoir de quoi, comme en ont les enfants, les aliénés ; état d'esprit dans lequel la conscience est dominée par le ton affectif, mais où l'état résultant n'est pas projeté).

Pour produire une modification dépressive de l'humeur (*mood*), il faut une douleur *intense*, *durable* ou fréquemment *répétée*. En outre, la tendance aux troubles mentaux est d'autant plus marquée que le nombre des segments affectés est plus considérable, *et que la zone douloureuse d'hyperesthésie est plus étendue.* — D'autre part, la *localisation* de cette douleur dans certaines zones exerce une influence incontestable : c'est dans les affections viscérales à projection hyperesthésique *abdominale*, bien plutôt que dans les affections à localisation douloureuse sur le thorax supérieur, que

s'observe la dépression; il faut des douleurs particulièrement vives et durables du thorax pour produire celle-ci; et là encore la douleur réfléchie sur la partie supérieure de la cage thoracique produite par l'insuffisance aortique, cause bien moins volontiers de la dépression que la sténose avec insuffisance mitrale, laquelle donne une douleur réfléchie au niveau des 7e, 8e et 9e zones thoraciques. De même encore les affections aiguës de la base du poumon (hyperesthésie des 7e, 8e, 9e zones thoraciques) entraîneront plus fréquemment la dépression que les affections du sommet du poumon.

Mais ces zones thoraciques inférieures (7e, 8e, 9e) sont surtout associées avec des *troubles gastriques*. Et c'est ainsi qu'on voit beaucoup de cas de phtisie sans dépression intellectuelle, jusqu'au jour où se produit l'invasion soudaine d'un lobe pulmonaire inférieur ou le début d'une complication gastro-intestinale.

En résumé, pour que se montre la *dépression* du ton affectif (*mood*), il faut une douleur viscérale du type réfléchi, intense et prolongée.

II. — **Causes de la sensation d'exaltation physique.** — Celle-ci est plus rare et plus difficile à rechercher que la dépression Le malade n'a pas d'idées de grandeur : « il sait qu'il est toujours lui-même, mais il se croit jeune et fort comme autrefois. »

Plus une sensation est projetée avec précision, moins elle est capable de modifier le ton affectif : les sensations olfactives et gustatives, dont l'extériorisation est toujours assez imprécise, s'accompagnent de modifications affectives plus marquées que les sensations visuelles, auditives, tactiles. C'est pourquoi les sensations viscérales, encore bien plus mal définies, entraînent un sentiment de bien ou de mal-être.

« *Le ton affectif dépend sans doute de l'activité des viscères, activité qui s'exerce en dehors de la conscience, tant qu'elle n'engendre pas de modifications affectives. Mais dès que survient la douleur du type réfléchi, tout le champ de l'activité viscérale entre dans la conscience.* »

En ce qui concerne plus particulièrement l'exaltation avec bien-être qui s'observe au cours des affections viscérales on peut leur distinguer plusieurs causes.

A. — Ce n'est quelquefois que la réaction inverse et consécutive à un accès de dépression.

B. — Parfois aussi il s'agit d'une simple exagération des fluctuations normales de bien et de mal-être en rapport direct avec l'activité viscérale.

C. — L'espoir phtisique (*spes phtisica*) est surtout un fait d'ignorance dû à l'absence, au cours de cette affection, de symptômes alarmants reconnaissables par le malade. Il est vrai qu'à l'hôpital la courbe de poids et celle de la température ne permettent guère cette ignorance, qui n'existe pas non plus dans la phtisie laryngée.

D. — Enfin certaines crises d'exaltation des *aortiques* semblent reconnaître une origine vasculaire.

III. — **Causes de l'état d'inquiétude (suspicion).** — Cet état est presque toujours accompagné ou précédé par la dépression. Mais il n'y a jamais d'idées délirantes ; il n'existe aucun sentiment d'indignité morale ou de culpabilité. « Cette inquiétude des malades sains d'esprit est foncièrement différente de l'interprétation délirante des aliénés : ceux-ci ne souffrent pas la discussion, tandis qu'un malade atteint d'une affection viscérale en cas d'inquiétude se montre satisfait d'une simple dénégation de la part du médecin et se borne à dire : « *Je ne sais que penser.* »

IV. — **Causes des hallucinations.** — Tous les malades hallucinés se plaignent de *céphalée*. « **De plus**, dit Head, ***dans aucun des cas où j'ai pu pratiquer un examen complet dans les vingt-quatre heures suivant l'apparition de l'hallucination, je n'ai jamais manqué de trouver l'hyperesthésie du crâne du type réfléchi*** [1]. »

Des travaux antérieurs avaient permis à Head d'expliquer comment des affections thoraciques et abdominales pouvaient s'accompagner de douleurs réfléchies de la tête et d'hyperesthésie du cuir chevelu [2].

Tous les organes thoraciques et beaucoup des organes abdomi-

(1) P. 385.

(2) Head et Nech, *Sur les troubles de sensibilité, en particulier les douleurs des affections viscérales*. Brain (1894, p. 436).

naux reçoivent des fibres du pneumogastrique. Les excitations remontent ces fibres jusqu'à l'encéphale, et, suivant les règles habituelles qui gouvernent la production de la douleur réfléchie ces excitations se reflètent le long des branches correspondantes aux fibres viscérales afférentes du pneumogastrique. Or, d'après Gaskell, une partie du trijumeau correspond aux branches somatiques de cette rangée de nerfs dont le pneumogastrique représente les branches viscérales.

Dans les affections thoraciques et abdominales, les excitations douloureuses remontent donc au pneumogastrique et provoquent de la douleur et de l'hyperesthésie superficielle sur certaines portions du cuir chevelu.

Mais ces zones douloureuses du cuir chevelu ne sont pas en rapport nécessaire avec un ou plusieurs des organes thoraciques ou abdominaux en particulier : on ne peut pas dire que telle zone est en rapport nécessaire avec le cœur, telle autre avec les poumons, etc. Cette relation est uniquement *segmentaire* et chaque zone ou groupe de zones segmentaires du tronc est en relation avec une zone ou un groupe de zones correspondantes du cuir chevelu. Par exemple, une altération d'un organe s'est projetée au niveau de la 7e zone dorsale du tronc ; si cette zone douloureuse est bien marquée, elle tendra à produire de l'hyperesthésie au niveau de la région temporale du cuir chevelu.

D'une façon générale, *plus une zone thoracique est élevée, plus la zone correspondante du cuir chevelu est antérieure.* On obtient ainsi la distribution suivante.

Les 3e et 4e zones cervicales, et les zones dorsales supérieures produisent de l'hyperesthésie *nasale* et *frontale.*

Les 7e, 8e et 9e zones dorsales produisent de l'hyperesthésie *temporale*, *verticale* et *pariétale.*

La 10e zone dorsale provoque de l'hyperesthésie *occipitale.*

Ainsi les affections thoraciques et abdominales peuvent s'accompagner non seulement de douleurs réfléchies en zones sur le tronc, mais encore, si elles sont assez intenses, de céphalée et d'hyperesthésie du cuir chevelu.

Dans tout ceci le *ganglion de Grasser* joue un rôle qui est bien mis en lumière par les observations de *zona ophtalmique.* Sur 11 cas de cette affection où la douleur exquise du front est cons-

tante, 5 ont présenté des hallucinations de la vue semblables à celles observées chez les cardiaques et les tuberculeux D'ailleurs aucun de ces malades hallucinés n'avait eu auparavant quelque trouble psycho-sensoriel analogue, ni n'avait présenté des troubles inflammatoires de la cornée et de l'iris.

« *Il semblerait donc que la céphalalgie de type viscéral réfléchi soit la seule condition nécessaire à l'apparition des hallucinations.* »

Sans doute beaucoup de céphalées chroniques, dans lesquelles la douleur de type viscéral réfléchi est produite par d'autres causes que les affections thoraciques et abdominales, ne s'accompagnent jamais d'hallucinations. Celles-ci réclament en outre, pour se développer, une douleur intense, apparue brusquement, et aussi une résistance diminuée par la fièvre, l'anémie ou la dépression concomitante.

« *Théoriquement*, dit Head, je suis conduit à supposer que la forme de l'hallucination dépend de la position de la céphalée. » En effet, les affections douloureuses des *yeux* donnent de la céphalée *frontale ;* de même les affections douloureuses des *oreilles* donnent une céphalée *verticale* et *pariétate*. Donc, entre le front et l'œil, entre la zone pariétale et l'oreille, il existe une relation étroite, qui donne à penser que telle localisation de la céphalée viscérale réfléchie peut déterminer une hallucination auditive plutôt qu'une hallucination visuelle. »

Pratiquement, cette hypothèse se confirme par l'examen des malades (1) :

Chez 9 *hallucinés de la vue*, l'hyperesthésie superficielle de type viscéral réfléchi sur le *front* existait constamment ; dans 4 cas elle était strictement limitée à la région frontale.

Chez 12 *hallucinés de l'ouïe*, on observa toujours une hyperesthésie de la région verticale et pariétale du crâne; dans 6 cas, cette hyperesthésie ne dépassait pas cette région.

Chez 13 *hallucinés de l'odorat*, la céphalée était surtout *temporale*, avec hyperesthésie d'un seul ou des deux côtés; dans

(1) Head ne tient compte que de la première classe des hallucinés (voir p. 28,) c'est-à-dire des malades ayant été l'objet d'un examen complet à l'hôpital moins de vingt-quatre heures après l'apparition de l'hallucination.

6 cas, l'hyperesthésie était limitée strictement à cette région. — On peut d'ailleurs faire observer que les hallucinations de l'odorat au cours des affections viscérales ont toujours un caractère désagréable capable de provoquer des nausées et des vomissements. Or, il existe une relation assez étroite entre cette même zone temporale et le vomissement, puisqu'elle correspond aux 6e et 7e zones dorsales, où se projettent habituellement les affections douloureuses de l'estomac.

Donc *le facteur qui détermine la forme de l'hallucination c'est la localisation de la céphalée et de l'hyperesthésie maxima du cuir chevelu.* — On a même pu observer que les variations de la céphalée et de l'hyperesthésie, chez un même individu, pouvaient entraîner successivement des hallucinations de différents sens.

V. — **Modifications de l'attention et de la mémoire.** — Ces troubles sont très difficiles à observer chez des tuberculeux, des cardiaques, etc., qui ont toujours subi une diminution générale de la vitalité du système nerveux, par suite de la fièvre continue, de l'affaiblissement, etc.

Toutefois on peut faire observer que si la conscience est dominée par des images en relation avec la douleur viscérale réfléchie, la mémoire sera affaiblie par suite de la moindre liberté de l'attention : un malade dont le champ de la conscience est encombré par un système d'origine viscérale ne pourra plus rappeler les images anciennes ou les dispositions psychiques de son champ normal. La mémoire est diminuée non parce qu'il pense à sa douleur, mais parce que sa douleur a changé, le système occupant le champ central de sa conscience.

Conclusions. — Voici comment Head tente de synthétiser ses nombreuses observations en une conception générale de la vie viscérale. *Normalement la vie viscérale est en dehors de la conscience.* Parfois elle peut causer quelque légère altération de notre ton affectif; mais nous restons ignorants de la provenance de cette altération et des activités physiques qui lui donnèrent naissance.

Mais si la *douleur viscérale réfléchie* apparaît, dès lors le changement est complet : les sensations produites par l'activité anor-

male des viscères se pressent dans la conscience, usurpant le champ central de l'attention. — En effet, le traumatisme d'un membre, une brûlure occupent bien aussi l'attention, mais n'apportent rien avec eux ; si la conscience est troublée, elle l'est seulement par la douleur. — Au contraire, la douleur viscérale réfléchie apporte à sa suite toutes ces images et dispositions qui normalement restaient au bord ou tout à fait en dehors de la conscience et qui remontent désormais à la surface (1).

***

En terminant son mémoire, Head déclarait modestement qu'il serait très heureux s'il avait réussi à enlever à l'hystérie toute une catégorie de symptômes psychiques en rapport avec les affections viscérales.

Mais avec Gamble (2), les prétentions grandissent. Cet auteur déclare, en effet, à la Société médicale des hôpitaux de Baltimore, dans une réunion tenue il y a un an, que « le mémoire de Head nous découvre un champ nouveau pour l'amélioration de l'humanité. » Pour cela, il suffit que tous les cliniciens, au cours de leur pratique hospitalière, recherchent attentivement les premiers signes de troubles mentaux dans les affections viscérales ; car il n'y a qu'une simple différence de degré qui sépare les faits de pratique courante signalés par Head et tous les cas qui remplissent les asiles d'aliénés.

On voit tout de suite la grande différence qui sépare Head de son panégyriste américain : — d'une part, le médecin de Londres

(1) A la fin d'un travail aussi important et sérieux, l'auteur demande qu'on lui permette une hypothèse fantaisiste (*fantastic speculation*), pour expliquer que la douleur viscérale puisse entraîner des modifications du ton affectif avec impulsion anti-sociable (misanthropie, désir de solitude, etc.) : « Le système nerveux, dit-il, garde les traces de l'ancienne segmentation perdue, qui caractérisait son autonomie de jadis. Or, l'animal blessé ou malade est tué sans merci par ses compagnons ; aussi fait-il tous ses efforts pour se traîner dans un coin caché, afin de guérir ou mourir solitaire. Cet instinct, salutaire chez l'animal ou le très bas sauvage inférieur, est contraire au très haut développement de l'esprit humain. Ce serait lui qui, dans l'état de dépression que nous avons étudié, réapparaîtrait dans la conscience, sous forme d'une obsession impossible à contrôler ni à soumettre à l'analyse. »

(2) Cary B. Gamble, *Troubles mentaux et affections viscérales* (*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*), Baltimore, juillet-août 1904, p. 247.

s'entoure de précautions multiples, *élimine les aliénés*, les fils d'aliénés, tous ceux qui présentent la moindre tare psycho-névropathique, voire même tous les Israélites, à cause de leur aptitude ethnique aux troubles nerveux, et avoue simplement la modestie de son désir, qui fut d'enlever à l'hystérie ce qui appartient aux affections viscérales ; — et, d'autre part, Gamble, oubliant toutes ces précautions, franchit délibérément le fossé creusé volontairement par Head entre les non aliénés qu'il observa et les aliénés qu'il élimina systématiquement de son étude : « grâce à Head, nous tenons la vraie solution de nombreux cas de folie ;... les maladies mentales et les maladies physiques sont étroitement unies les unes aux autres. »

Gamble, il est vrai, ne se borne pas à de simples déclarations ; il les appuie de deux catégories de faits.

Les six premières observations n'offrent rien de bien particulier, car elles ne font que confirmer celles publiées par Head : par exemple, une négresse de 30 ans, atteinte de rétrécissement mitral, a des hallucinations de la vue ; à la suite d'une crise douloureuse intense, elle voit au pied de son lit une figure voilée, de couleur sombre, avec deux grands yeux noirs qui la fixent. On retrouve ici tous les caractères des hallucinations visuelles observées par Head. La même ressemblance se retrouve chez un asthmatique présentant des hallucinations de l'odorat (sans lésions sensorielles, bien entendu), chez une femme atteinte de symphyse du péricarde et présentant des hallucinations de l'ouïe, élémentaires et conscientes, avec alternatives de dépression et d'excitation, chez une jeune fille atteinte de sténose mitrale et manifestant des inquiétudes et des soupçons dès que la compensation de sa lésion cardiaque vient à faire défaut, etc., etc.

Ce premier groupe de faits confirme donc simplement ceux de Head, dont l'auteur américain rappelle les explications pathogéniques. « Mais tout cela, ajoute-t-il, n'est plus en discussion. Il faut faire un pas de plus et comparer avec ces premiers faits, conformes à la description originale, ces quelques autres qui me semblent faire avancer le même problème. » Suivent quatre observations, desquelles Gamble tire de si hardies conclusions que nous ne pouvons nous empêcher de les reproduire *in-extenso*.

Obs. VII. *Artério-sclérose. Perte de l'attention et de la mémoire. Idées confusionnelles.* — Homme de 22 ans. Pas d'antécédents héréditaires, sauf le père mort de tuberculose. Fièvre typhoïde modérée il y a cinq ans. Il nie la syphilis et ne présente ni cicatrices ni adénopathie. Depuis deux ans il est incapable d'appliquer son attention sur quelque chose pendant un certain temps. Il est presque toujours en état de dépression et en proie à l'angoisse de devenir aliéné. Sa mémoire des faits passés est bonne, mais quand il essaie de faire quelque chose qui demande de l'application, ses pensées deviennent confuses. L'examen de cet homme montre un état d'artério-sclérose tout à fait remarquable chez une personne de 22 ans. La pointe du cœur bat sur la ligne mamelonnaire. Les artères sont uniformément épaissies et leur trajet peut être suivi très haut sur le bras. Il y a une accentuation marquée des deux bruits cardiaques. Examen des urines négatif. Pression sanguine : 200.

Obs. VIII. — Homme blanc âgé de 58 ans, atteint depuis des années d'un asthme bronchique et qui souffrait d'une douleur crânienne en avant et en arrière. Il remarqua que depuis un an il commençait à avoir des rêves. Il était toujours à demi éveillé et les rêves portaient toujours sur le même sujet. Il se voyait luttant contre un serpent gigantesque et son réveil s'accompagnait toujours d'une sensation de grand soulagement. Mais depuis ces deux ou trois derniers mois, le soulagement du réveil est beaucoup moindre et il commence à penser que le serpent est un objet réel et tangible et qu'il est caché quelque part sous son lit. Si on cause avec lui et si on cherche à lui montrer l'absurdité de son idée, il tombe d'accord avec vous, mais peu de temps après, dès qu'il a tourné le dos, il affirme que le serpent est sous son lit, prêt à l'attaquer.

Obs. IX. — Un degré plus avancé que le cas précédent, c'est celui d'un homme de 35 ans souffrant de régurgitation aortique et qui d'abord considéra ses hallucinations comme de simples incidents. Les figures qu'il voyait étaient en général indistinctes et vagues et lui apparaissaient habituellement dans le demi-jour du soir ou du matin. Aujourd'hui ces figures ont pris une forme distincte, ce sont les visages de ses parents, dont beaucoup sont morts depuis longtemps, et le malade commence à penser qu'ils lui disent des choses concernant l'avenir. Il prête l'oreille, semble tout à fait convaincu et se persuade qu'il a le don de prophétie.

Obs. X. — Autre cas de rétrécissement mitral chez une femme de 36 ans qui a jusqu'ici été capable de circuler et d'exécuter parfaitement bien son travail. Elle était sujette à des rêves et pensa d'abord qu'il n'y avait rien là que des songes plus ou moins plaisants. Récemment

son caractère devint extrêmement vif et désagréable. Elle a de longues conversations avec des morts et elle pense aussi qu'elle a le don de prophétie. Elle entend des voix qui lui disent de faire certaines choses et elle présente des idées de persécution. On peut la persuader pour quelque temps, mais elle recommence bientôt à affirmer la réalité de ses hallucinations et elle a essayé une fois de se suicider. Dans ces deux derniers cas on relève certains signes établissant que la compensation cardiaque commence à faiblir.

« La ressemblance entre les deux séries d'observations, ajoute Gamble, est suggestive. Dans la première série les individus peuvent être facilement persuadés que leurs hallucinations sont des hallucinations ou que leurs variations d'humeur (*mood*) reposent simplement sur une base physique. Dans le second groupe, au contraire, la persuasion reste inefficace. On pensera peut-être que cette différence est fondamentale ; mais si l'on considère que l'idée, par le fait de sa présence continuelle, finit par s'enraciner dans l'esprit du sujet, on voit facilement comment d'insensibles transitions établissent le passage d'un groupe à l'autre... Le grand intérêt de tous ces cas, c'est qu'ils viennent d'abord entre les mains du simple médecin praticien, et non de l'aliéniste. »

Et voici, tout naturellement, en quels termes une vulgarisation, d'ailleurs très érudite (1), va traduire les idées de Head amplifiées et transformées par Gamble :

L'idée maîtresse de ces travaux est que, « si l'on y regardait de plus près, bien des cas de folie, ou de trouble mental, se trouveraient être non point des maladies *per se*, des maladies essentielles, mais des manifestations mentales de maladies organiques. et plus particulièrement de maladies des viscères, des sortes de réflexes psychiques de lésions des viscères.

... « Si une relation plus précise existait, elle permettrait, d'un côté, de savoir quels symptômes mentaux sont à redouter, dans les cas de maladie organique avérée ; et, d'autre part, l'existence de troubles mentaux que rien n'expliquerait ferait chercher des troubles viscéraux qui n'en seraient encore qu'à la période prodromique, et permettrait d'établir plus tôt le diagnostic. »

(1) Henry de Varigny, *Causerie scientifique* (*Le Temps*, 28 sept. 1904).

***

Il nous paraît que l'exposé un peu long que nous venons de présenter des théories de Dubois (de Berne) et de Henry Head a du moins le mérite de poser le problème pathogénique de l'idée hypochondriaque avec la plus extrême netteté : — pour Dubois (de Berne), les formes légères de l'hypochondrie font partie du bloc des psychonévroses, maladies sans lésions, sans localisations périphériques organiques, *purement mentales* ou morales ; — pour Head, la dépression, l'exaltation psychique, l'état d'inquiétude, les hallucinations, etc., observés au cours d'affections *purement viscérales*, ne sont nullement des états intellectuels, mais traduisent des modifications organiques périphériques, rendues sensibles par les troubles objectifs de la sensibilité.

Plus simplement, on peut dire que Dubois (de Berne) accorde au cerveau toute l'importance que Head veut réserver au grand sympathique.

Ainsi les plus récents travaux nous ramènent encore à la vieille et identique querelle des anciens, partisans de la théorie abdominale ou de la théorie cérébrale ; et voici que réapparaît l'antique problème des folies sympathiques.

Mais on objectera peut-être que, dans les travaux de Head et de Dubois (de Berne), la question de l'hypochondrie n'est abordée que d'une manière accessoire : Dubois (de Berne) ne parle que des formes les plus légères de l'hypochondrie ; quant à Head, il spécifie très nettement avoir éliminé tout malade ayant été aliéné. (Il est vrai que Gamble n'observe pas la même réserve). On remarquera peut-être aussi que la légère nosophobie des malades du médecin de Berne, que l'état de dépression et d'inquiétude des cardiaques et des tuberculeux étudiés dans les hôpitaux de Londres ne représentent pas la véritable hypochondrie, l'hypochondrie franchement délirante, l'hypochondrie des aliénistes, — comme dirait Dubois (de Berne).

Il est facile de répondre à ces objections : pour étudier la pathogénie d'un trouble mental, il ne faut naturellement pas choisir ses formes les plus graves et les plus avancées. C'est en étudiant avec soin, et dès le début, le développement des simples préoccupations hypochondriaques chez des sujets normaux ou presque

normaux, qu'on peut espérer en saisir l'origine. Au contraire, l'étude de l'idée hypochondriaque de négation chez un dément profond, pourrait difficilement fournir des renseignements à cet égard, à cause de l'ancienneté du trouble mental et de l'affaiblissement intellectuel du sujet à examiner.

C'est pourquoi dans toute cette étude pathogénique de l'idée hypochondriaque, nous avons retenu surtout les cas simples, les cas précoces, négligeant en particulier toute la riche moisson de documents recueillis par les aliénistes français sur le délire des négations et le syndrome de Cotard, quel qu'en fût l'intérêt clinique. La nosophobie neurasthénique et le délire de négation forment les deux termes extrêmes d'une série ininterrompue de types morbides, s'aggravant progressivement par des transitions ininterrompues ; pour rechercher l'origine de ces troubles mentaux, identiques en nature, différents seulement en degré, il faut procéder du simple au complexe et expliquer l'absurdité des conceptions démentielles par la presque légitimité des préoccupations hypochondriaques exagérées, mais non délirantes.

Il ne faut donc pas s'étonner de nous voir chercher dans le domaine de la neurologie et de la pathologie générale des observations ou des arguments capables d'expliquer les cas plus graves qui viennent dans les asiles d'aliénés.

Mais nous voici désormais contraint d'abandonner l'impartialité historique qui nous guida dans le simple exposé des travaux antérieurs, pour tenter de fixer, dans une étude critique sans parti pris, les faits incontestables qui semblent définitivement acquis.

II

ÉTUDE CRITIQUE DES DOCUMENTS

CHAPITRE PREMIER

LES TROUBLES DE LA CŒNESTHÉSIE.

Il ne nous paraît pas douteux qu'à côté des cas d'hypochondrie grossièrement symptomatique dont nous rapportons plusieurs observations — et dont le nombre va d'ailleurs se multipliant à mesure que se perfectionnent nos procédés d'investigation anatomo-clinique, — il existe une foule d'hypochondriaques, réputés essentiels et purement psychiques, dont les souffrances ne sont nullement imaginaires. Nos moyens de diagnostic clinique sont bien grossiers pour préciser la réalité de quelque léger trouble gastro-intestinal. Notre technique histo-pathologique commence à peine à nous permettre de reconnaître quelque altération du système grand sympathique. Si bien qu'on peut parfaitement concevoir qu'un hypochondriaque présente des lésions organiques périphériques assez délicates pour rester méconnues pendant sa vie aussi bien qu'après sa mort.

La question de l'origine primitive des troubles de la cœnesthésie dans la pathologie mentale est d'une très grande importance. La *cœnesthésie* (αἴσθησις, sentiment; κοίνος, général) est le sentiment que nous avons de notre propre existence; c'est la conscience végétative ou splanchnique, *la conscience du grand sympathique*, pourrait-on dire, si nous ne savions pas que les deux grandes parties du système nerveux ne sauraient s'opposer en une distinction radicale. « La cœnesthésie, dit Henle, c'est la somme, le chaos

non débrouillé des sensations qui de tous les points du corps sont sans cesse transmises au sensorium. » La cœnesthésie est « le résultat des excitations périphériques multiples qui arrivent aux centres nerveux venant soit de nos viscères, soit de nos muscles, soit de la surface cutanée. » Mais il faut convenir que, « dans l'étude de la cœnesthésie, tout n'est guère qu'hypothèse [1]. »

Ainsi chercherait-on en vain une étude de la cœnesthésie dans le précis de *Technique psychologique expérimentale* de MM. Toulouse, Vaschide et Piéron [2]. Ces auteurs distinguent des sensations *internes* et *externes* : un même nerf, tel le radial, peut fournir à la fois des sensations externes (excitations cutanées) et des sensations internes (excitations musculaires du triceps) ; de même, les rameaux cutanés de la peau du cou et les filets diaphragmatiques qui se rendent les uns et les autres au plexus cervical. Les sensations internes sont en général fournies par des excitations du grand sympathique ; mais presque partout les filets sympathiques sont mêlés aux rameaux nerveux du sytème ischio-spinal, si bien qu'il est impossible de savoir si les fibres sympathiques fournissent spécialement les sensations internes. « Les sensations qui coexistent à un moment donné paraissent fournir ce qu'on appelle la *cœnesthésie*, qui est une synthèse partielle, germe de cette synthèse complète qui est la personnalité [3]. »

Les sensations externes sont les sensations de la vie de relation ; quels que soient les nerfs et les territoires anatomiques qui en sont le siège nous sommes par elles mis en rapport avec le monde extérieur. — Les sensations internes sont les sensations de la vie végétative par lesquelles nous prenons connaissance des différentes parties de notre propre corps.

« Nous ne nous occupons pas des sensations de la vie végétative au point de vue de leur mesure, disent les auteurs du *Traité de Technique psychologique expérimentale*, parce que nous n'avons pas pu trouver des méthodes suffisamment précises » [4].

Et, plus loin, après s'être borné à déclarer qu'une seule classi-

(1) Ch. Richet, *Dict. de physiologie*, t. II, p. 544.
(2) *Bibliothèque internat. de Psychol. expérim.*, 1 vol. O. Doin, 1904.
(3) *Loc. cit.*, p. 43.
(4) *Loc. cit.*, pl. 52.

fication rationnelle et naturelle des sensations internes, c'est la division par fonctions, les mêmes auteurs confirment que « les sensations internes sont insuffisamment définies ; nous manquons même de termes pour les exprimer toutes, elles ne sont pas encore expérimentalement provocables » (1).

Ainsi MM. Toulouse, Vaschide et Piéron nient la possibilité d'une étude expérimentale de la cœnesthésie. Et nous devons reconnaître qu'en ce qui concerne l'étude expérimentale des troubles de la cœnesthésie dans l'hypochondrie, tous nos efforts sont également restés vains ; nous rappellerons plus loin ces inutiles tentatives.

Contre cette distinction entre les sensations *externes* et *internes*, classique jusqu'en ces derniers temps, se sont élevés les récents travaux de Wernicke (2), Storch (3), Fœrster (4), de Buck (5), Deny et P. Camus (6), etc. La cœnesthésie ne serait plus simplement le résultat des sensations internes, et les sens externes prendraient une part importante dans la formation du sens du corps. Toute perception sensorielle (tactile, visuelle, auditive, etc.) serait, pour ces auteurs, composée de deux éléments : « un élément *spécifique* ou *sensoriel*, et un élément *organique* ou *myopsychique* constitué par la sensation de l'activité musculaire, du mouvement exécuté par l'organisme, pour adapter l'appareil sensoriel à l'excitant périphérique et réaliser les meilleures conditions de perception. Les perceptions sensorielles ont donc pour concomitant indispensable des *sensations organiques*, auxquelles revient le rôle le plus impor-

(1) *Loc. cit.*, p. 245.

(2) Wernicke, *Grundnis der Psychiâtrie in Klin. Vorlesungen. Theil I.* Psychophysiologie, 1894, trad. in *Revue de Psychologie*, 1899 et 1900.

(3) Storch, *Versuch einer psychophysiologischen Darstellund der Sinneswabruennugen unter Berücksichtigung ihrer muskularen Komponenten.* (*Monastch. f. Psych. und Neurol.*, Bd. XI, 1902, s. 31).

(4) Foerster, *Ein fall von elementärer allgemeiner Somatopsychose* (*Afunktion der Somatopsyche*). *Ein Beitrag zur frage der Bedeutung der Somatopsyche für das Wahrnemungsvermögen* (*Monatschr. für Psych. und Neurol.*, 1903, Bd. XIV, S. 189).

(5) De Buck, *La psycholepsie de Janet et la théorie de Storch-Fœrster* (*Journ. de Neurologie*, 1904, n° 9).

(6) G. Deny et Paul Camus, *Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps* (*Revue neurologique*, n° 9, 15 mai 1905).

tant dans la connaissance du monde extérieur et des phénomènes de notre propre organisme.

« Grâce aux voies d'association transcorticales, ces sensations organiques d'*origine externe* et leurs images mémorielles sont intimement unies aux images des sensations organiques d'*origine interne*, surtout viscérales, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle généralement la cœnesthésie, le sens de notre existence corporelle, de notre personnalité psychique.

« Il résulte de ces connexions associatives que chacune de nos perceptions sensorielles a le pouvoir d'évoquer et de faire surgir dans la conscience tout le complexus des images commémoratives des diverses régions du corps auxquelles nous devons la notion de notre organisme.

« Il n'est donc plus tout à fait exact de dire que la cœnesthésie est le sentiment vague que nous avons de notre être, *indépendamment du concours des sens* (Reil) ; il faut admettre — ce qui, du reste, est conforme à son acception étymologique, — que la cœnesthésie est le sentiment que nous avons de notre existence, grâce à la sensibilité organique, vague et faiblement consciente à l'état normal, qui dérive de tous nos organes et tissus, *y compris les organes des sens*. En un mot, il faut élargir le cadre de la cœnesthésie et y faire entrer, non seulement les sensations organiques d'*origine interne*, comme on l'admet communément, mais encore les sensations organiques d'*origine externe*, sans lesquelles les perceptions sensorielles restent incomplètes » [1].

Ces notions psychologiques reposent sur des exemples cliniques fort intéressants de *perte de la conscience du corps*. Krishaber (névrose cérébro-cardiaque), Freud (névrose d'angoisse), Raymond et Janet (délire cœnesthésique, obsession de cécité et de mort, sentiment de dépersonnalisation, etc.), Dugas (illusion de dépersonnalisation), d'autres encore avaient déjà publié des observations plus ou moins typiques. Mais les deux cas les plus curieux ont été étudiés récemment par Fœrstner, Deny et P. Camus.

La malade de MM. Deny et P. Camus est une femme de 47 ans qui ne présente aucune conception délirante, aucun trouble de ses facultés intellectuelles et critiques, mais se trouve dans un état

(1) G. Deny et P. Camus, *loc. cit.*

habituel d'anxiété, secondaire à sa désorientation auto et allo-psychique, qui nécessita son internement à la Salpêtrière. Cette femme est anxieuse, parce qu'elle ne sent plus rien, dit-elle, comme autrefois, et qu'elle est ainsi conduite à douter de tout, *de sa propre existence corporelle, comme de celle du monde extérieur*. Pourtant on ne relève aucun trouble de sa sensibilité : *objectivement* la malade voit, entend, sent, etc., comme une personne normale ; il n'existe chez elle ni agnosie, ni aphasie, ni cécité ou surdité psychique ; et pourtant *il lui semble que ce qu'elle voit, ce qu'elle touche, même son propre corps, n'a pas d'existence réelle, que ce n'est pas elle qui perçoit, qui parle, qui marche, etc.*, d'où cet état anxieux, obsédant, irrésistible, qui la pousse à se dévêtir, à se pincer, à s'écorcher, à s'exposer au froid, etc., tout cela dans l'espoir toujours déçu (manies de vérification de Janet) de suppléer à l'insuffisance de ses perceptions par des sensations complémentaires de la vue, du toucher, de la thermoesthésie, etc., etc.

Pour Janet (1), il s'agit là d'un simple abaissement du niveau mental, d'une chute de la tension ou du potentiel psychologique.

Mais, pour Storch, le doute qui plane sur la réalité du monde extérieur chez certains hypochondriaques dont l'acuité visuelle, auditive, tactile, etc., est normale, « est dû uniquement à la dissociation du contenu de la perception et à la disparition des sensations organiques, myopsychiques, qui en font partie intégrale à l'état normal et auxquelles nous devons nos appréciations d'espace, de temps, de volume, de mouvement, de vie. La réalité repose donc pour la plus grande part sur les facteurs myopsychiques qui entrent dans nos sensations (Buck) (2) ».

Fœrster observa une femme de 49 ans, qui, comme la précédente, ne se sentait plus elle-même, et avait perdu la notion de son corps et de ses membres, sans aucun trouble sensoriel objectif ; cet auteur pense qu'il s'agit là d'une *afonction de la somatopsyche*, ou d'une hypo ou *acœnesthésie* (Deny et Camus), s'expliquant par l'absence ou la non-utilisation par la conscience des sensations organiques (viscérales, musculaires, articulaires, etc.) normalement associées à nos perceptions sensorielles.

(1) Raymond et P. Janet, *Obsessions et psychasthénie.*
(2) Deny et Camus, *loc. cit.*

***

Si maintenant, munis de toutes ces données psychologiques et cliniques, il nous fallait chercher une définition suffisamment précise et condensée de la cœnesthésie, nous dirions encore que la cœnesthésie est *la conscience*(1) *du sympathique*, car cette définition tient compte aussi bien des sensations internes, dues exclusivement au système sympathique, que de l'élément organique non spécifique des perceptions sensorielles, dues sans doute également à ces filets sympathiques qui sont mêlés à tous les rameaux nerveux du système cérébro-spinal.

Par les organes sensoriels comme par les organes splanchniques la spécificité des sensations cœnesthésiques s'affirme ainsi dans leur commune origine sympathique. Mais nous savons que cette distinction entre les deux systèmes sympathique et cérébro-spinal se justifie surtout par les besoins de l'étude anatomique ou physiologique. Il ne faut donc voir dans cette définition de la cœnesthésie que la commodité d'une expression schématique.

Mais la cœnesthésie n'est pas modifiée seulement dans les états hypochondriaques, le délire des négations ou le syndrome de Cotard. L'existence d'un état cœnesthésique douloureux à la base de la *mélancolie* est admis aujourd'hui par la grande majorité des auteurs (sentiment douloureux corporel de Schüle, malaise psychique de Maudsley). Et M. Marchand (2) a bien vu que la question de l'origine centrale ou périphérique des idées hypochondriaques était étroitement liée à la question de l'origine des *états émotionnels*.

On sait en effet que l'on tend de plus en plus à abandonner la vieille théorie métaphysique de l'origine intellectuelle des émotions, pour admettre, avec la jeune psychologie expérimentale, la théorie de Lange, James, Georges Dumas, etc. D'après ces auteurs, les états affectifs *normaux* ne sont que la conscience d'un certain état du corps ; les troubles somatiques de l'émotion (vaso-moteurs, circulatoires, respiratoires, etc) précèdent et créent l'état intellectuel émotif ; si un être était complètement dépourvu

(1) Le terme *subconscience* serait peut-être plus exact, au point de vue psychologique.
(2) *Loc. cit.*

de sensibilité, les états affectifs auraient disparu chez lui. « Nous sommes tristes, parce que nous pleurons, nous sommes gais, parce que nous rions ; nous sommes émus parce que nous avons conscience de certains mouvements réflexes, de troubles qui ont lieu dans nos muscles, notre circulation, notre respiration, etc. » C'est en ces termes que M. Marchand résume la doctrine qu'il veut réfuter. Plus exactement, Georges Dumas déclare : « *Nous sommes tristes avec tout notre corps...* Notre tristesse n'est que l'expression psychique d'un amoindrissement de tout notre fonctionnement vital... » Ainsi la tristesse et toutes les autres émotions nous apparaissent comme des *états cœnesthésiques physiologiques*.

Mais la *mélancolie*, qui n'est que l'exagération morbide de la tristesse, est un type d'*état cœnesthésique pathologique*. Georges Dumas, qui a fait de cette affection une étude approfondie [1], a montré, par exemple, que les variétés cliniques de cette mélancolie, tantôt anxieuse et agitée, tantôt muette et stupide, étaient tout à fait superposables aux formes de la tristesse physiologique, active ou passive.

Mais, dit Séglas, « le sentiment d'oppression, d'angoisse précordiale, éprouvé par certains *hypochondriaques*, serait aussi un trouble de nature vaso-motrice [2]. »

Mais l'émotivité morbide du *persécuté*, disent MM. Ducasse et Vigouroux, doit être aussi considérée comme un trouble cœnesthésique prolongé : « Il suffit de mentionner les délires systématisés consécutifs aux périodes menstruelles, à la grossesse, à l'intoxication alcoolique; leur étiologie en dit assez sur leur nature; en général, ils paraissent, persistent et disparaissent avec le trouble somatique. Dans la folie intermittente, le délire systématisé succède d'ordinaire à des accès de manie ou de mélancolie, donc à des altérations de l'état général [3]. »

Mais, dit encore M. Féré, l'existence des corps étrangers à l'intérieur des viscères a pu donner lieu à des hallucinations de la sensibilité générale. « Chez les hypochondriaques mélancoliques, les délirants chroniques systématisés, il n'est pas très rare que

(1) Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie*. Thèse de Paris, 1894.

(2) *Traité de Pathol. mentale* de P. Ballet, p. 115.

(3) Ducasse et Vigouroux. *Revue de psychiatrie*, fév. 1900.

ces hallucinations aient leur point de départ dans des lésions viscérales [1]. »

Et de Buck déclare de même que, s il y a lieu de tenir compte des troubles périphériques dans la naissance de l'hallucination et l'influence de cette dernière sur la personnalité psychique, « le fait n'est pas seulement vrai pour les hallucinations sensorielles ou allo-hallucinations, mais aussi pour les somato-hallucinations, portant sur la sensibilité générale ou organique... [2]. »

« Pour nous, ajoute le même auteur, l'hypochondrie n'est qu'un syndrome reposant sur l'hallucination, l'illusion de la sensibilité générale, surtout viscérale. Ce syndrome peut avoir son origine dans une altération primitive des centres de la sensibilité générale et, à ce titre, il peut accompagner les psychoses les plus diverses; mais quand le syndrome existe à l'état pur, à l'état de soi-disant neurasthénie hypochondriaque, il repose le plus fréquemment, croyons-nous, sur des lésions véritables des viscères ou du système sympathique. »

Voici donc presque tout le domaine de la psychiatrie qui se trouve envahi par un facteur dont l'influence semblait jusqu'ici avoir été méconnue, ou tout au moins, estimée très secondaire. Les troubles de la cœnesthésie, pour les plus classiques et les moins révolutionnaires des auteurs contemporains, seraient à l'origine de la mélancolie, des délires toxi-infectieux, voire même *des délires systématisés* et de certaines hallucinations de la sensibilité générale.

Mais n'est-ce pas encore dans l'hypochondrie que ces troubles cœnesthésiques doivent avoir la plus grande influence? — L'idée hypochondriaque est une préoccupation *nettement exagérée ou sans fondement* relative à la santé physique. Telle est la définition classique et officielle. Mais, précisément, tout le problème pathogénique consiste à savoir si l'idée hypochondriaque est sans fondement ou simplement exagérée. S'il est démontré qu'elle est bien réellement dépourvue de tout fondement, en ce cas il est incontestable que l'état intellectuel est primitif, et l'on peut parler d'hypochondrie essentielle. Mais si la préoccupation n'est

(1) Féré, *Traité de pathol. générale de Bouchard*, t. VI, p. 56.

(2) De Buck, L'origine périphérique des psychoses. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique.* Avril 1904.

qu'exagérée, ce n'est alors que la réaction excessive, mais normale et secondaire, d'un cerveau plus ou moins prédisposé, en présence d'un trouble cœnesthésique réel et primitif. Alors l'hypochondrie essentielle n'existe pas; alors l'hypochondrie est symptomatique et *cum materia.*

Mais, riposte M. Marchand à MM. Ducasse et Vigouroux, « ce sont là les cas les plus rares; ce sont ces cas qui sont les pendants des délires hypochondriaques provoqués par une lésion organique. Que l'on examine, avec des méthodes de mesure rigoureuses, les diverses sensations d'un persécuté et ce n'est que rarement que l'on trouve qu'elles sont anormales; que l'on fasse l'examen histologique des organes dont ils se sont plaints pendant la vie et on ne constate pas de lésions. » — Les deux objections ne nous paraissent pas plus valables l'une que l'autre . M. Marchand nous parle de mesurer les diverses sensations d'un persécuté; et sans doute sa qualité d'élève de M. Toulouse lui donne toute autorité pour se servir des nombreux et infiniment délicats appareils sortis du laboratoire de Villejuif. Malheureusement il n'est question ici que des sensations *internes*, origine de l'état cœnesthésique, et nous avons vu que dans leur Traité de Technique psychologique expérimentale, paru en 1904, MM. Toulouse, Vaschide et Piéron reconnaissent que les sensations internes échappent pour l'instant à toute mesure. — La compétence histologique bien connue de M. Marchand renforce singulièrement la seconde objection, concernant l'état négatif des autopsies. Toutefois peut-on faire remarquer que l'examen systématique du grand sympathique n'a guère été pratiqué jusqu'ici chez les persécutés et les hypochondriaques ; et c'est précisément les lésions des fibres nerveuses splanchniques qui paraissent en cause.

Il y a quelque prétention à affirmer que telle affection est sans lésion; peut-être vaudrait-il mieux se borner à déclarer qu'aucune lésion caractéristique n'est venue jusqu'ici donner l'explication des symptômes cliniques ; les exemples se multiplient, même dans cette anatomie pathologique encore si retardataire de la pathologie mentale, d'affections jugées autrefois *sine materia*, devenues aujourd'hui les plus incontestables des maladies organiques. « *Il n'y a pas de maladies de l'esprit*, dit M. Féré, *c'est l'esprit*

qui est troublé par les maladies du corps (1). » Ils deviennent de plus en plus rares ceux qui prétendent qu'un « fou est à tous égards un homme bien portant excepté sous le rapport intellectuel » (2). Et M. Séglas déclare qu' « il ne faut jamais en pathologie mentale considérer uniquement le cerveau, ni même le système nerveux isolément; il importe de se rappeler toujours qu'ils sont intimement reliés au reste de l'organisme. » Et vraiment, notre volonté persistante, malgré le découragement si fréquemment répété d'examens négatifs, d'étudier les aliénés au lit et sur la table d'autopsie avec le même soin total que tout autre malade d'hôpital, toutes nos tendances actuelles, en un mot, répugnent un peu à l'emploi du qualificatif d'hypochondrie *essentielle.*

Mais ce sont là considérations générales, sans valeur devant les faits. Nous avons voulu montrer l'importance de plus en plus grande de la cœnesthésie dans la production des troubles mentaux, et que toute la pathologie mentale était intéressée à la solution du problème pathogénique de l'hypochondrie. Il nous faut maintenant examiner les faits, négligeant également les arguments et les objections *à priori.*

(1) Féré, *Les troubles de l'intelligence; in Traité de pathol. générale de Bouchard,* t. VI, p. 2.
(2) Id., p. 4.

CHAPITRE II

LES TROUBLES VISCÉRAUX DANS L'HYPOCHONDRIE

Même les partisans de l'hypochondrie essentielle, vésanique, *sine materia*, admettent l'existence de certains cas d'hypochondrie symptomatique, *cum materia*. « La controverse sur les psychoses sympathiques, disait Cotard, porte plutôt sur leur fréquence que sur leur possibilité, qui semble démontrée par des faits suffisamment probants. » Pour beaucoup, en effet, ces cas sont infiniment rares ; quelques observations très exceptionnelles se transmettent fidèlement de traité en traité : un hypochondriaque qui, pendant les derniers temps de sa vie, disait avoir l'estomac rongé par une bête, est trouvé, après sa mort, réellement porteur d'un cancer de cet organe.

Telle est la trame habituelle de l'hypochondrie symptomatique, admise de tous, mais considérée le plus généralement comme une curiosité pathologique, incapable d'éclairer la pathogénie de l'hypochondrie classique, en raison même de son caractère exceptionnel.

Au sujet de la fréquence, variable suivant les auteurs, des cas d'hypochondrie symptomatique, peut-être n'est-il pas inutile de rappeler la phrase de J. Frank, citée par Cotard :

« *Etant jeune médecin*, dit J. Frank, *et trop facile à diagnostiquer l'hypochondrie, je publiai que cette maladie était très commune. Maintenant que j'ai coutume de mettre beaucoup plus de soin avant d'attribuer les plaintes des malades à l'imagination, je rencontre l'hypochondrie plus rarement.* »

La phrase est à méditer et d'une actualité qui se renforce singulièrement par le très grand nombre d'observations publiées en ces dernières années. Nous en rappelons ici quelques exemples parmi les plus typiques.

On sait qu'Esquirol a rapporté le cas d'un malade, atteint d'ulcère œsophagien, qui pensait avoir un corps étranger dans le gosier; et aussi celui d'un autre, atteint de péritonite, qui croyait avoir des animaux dans le ventre.

Un cancéreux, cité par Bonet, pensait avoir un crapaud dans l'estomac.

Marchand parle d'une de ses malades qui prétendait que son estomac était en bois et rempli de gravier ; elle aussi avait un cancer de l'estomac. — « Chez une autre malade qu'il nous a été donné d'observer pendant plusieurs mois, rapporte le même auteur, on constatait de l'hydropisie, et cette malade se plaignait d'avoir des animaux, entre autres des rats et des chiens, a la place de ses intestins. Elle fut soumise à un régime lacté très suivi ; l'hydropisie disparut et en même temps les idées délirantes (1). »

MM. Ernest Dupré et Léopold Lévi ont rapporté à la Société de Neurologie (2) l'histoire d'un chiffonnier de 46 ans qui était venu demander à être examiné aux rayons X, parce qu'il se sentait l'abdomen habité par un animal : cette bête, qu'il suppose être un ténia, il a essayé de la chasser avec du kousso. Il porte constamment sur lui de quoi l'endormir, au cas où elle monterait du côté du cœur, etc. Or, ce malade n'est pas seulement un *débile mental* (antécédents névropathiques héréditaires, microcéphalie), c'est encore un *tabétique*, (incoordination motrice, signes de Romberg, de Westphall, d'Argyll, etc.), *hystérique* et *alcoolique*. D'autre part, l'examen de l'estomac révèle une hyperesthésie, avec sensations de pesanteur ou de distension, aérophagie, tremblement des membres et de la face, tachypnée, se produisant simplement à la suite de l'absorption d'un peu de lait ; le clapotage qu'on perçoit alors à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic, correspond, dans l'esprit du malade, au grouillement de l'animal. — Pour ces auteurs, ce délire hypochondriaque, à forme de zoopathie interne, s'est organisé sous l'influence des ebranlements répétés de la sensibilité viscérale, dans un cerveau débile et prédisposé aux réactions pathologiques. Le système délirant qui correspondait au cortège des symptômes gastro-névropathiques s'est enrichi, par

(1) *Revue de Psychiatrie*, mai 1904, p. 178.
(2) *Revue neurologique*, n° 18, 30 sept. 1903.

la suite, de l'interprétation des symptômes douloureux, ataxiques, vésicaux, génitaux, etc., attribués également par le malade, à la vie d'une bête, à l'intérieur de son ventre.

A bon droit, MM. Dupré et L. Lévi rapprochent cette forme d'hypochondrie délirante, des délires de démonopathie interne, si fréquents au moyen-âge et dont Macario, Dagonet, Ritti, Séglas, etc., ont donné de bonnes études, et aussi des idées de possession qui surviennent chez certains persécutés (Séglas) et qui sont déterminées également par des troubles de la sensibilité générale et viscérale.

Bechterew a décrit aussi un *délire de reptile dans les entrailles* qui présente de grandes analogies avec le cas précédent.

Mirallié, à notre dernier congrès de Pau, a rapporté trois observations d'entéro-colite muco-membraneuse, capable, suivant lui, d'expliquer le délire de possession par les reptiles et le délire de grossesse présentés par ses malades ; chaque période d'amélioration de l'entéro-colite amenait une atténuation des idées délirantes. M. Mirallié insiste sur l'importance de cette affection intestinale comme point de départ du délire de possession : les sensations subjectives exactement perçues sont interprétées d'une façon délirante et absurde, soit dans le sens de la zoopathie, soit dans le sens d'un délire de grossesse. D'ailleurs la relation étiologique intime de ces deux délires explique qu'ils puissent se succéder l'un à l'autre chez un même sujet. Sans doute l'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas la seule affection abdominale capable de déterminer ces mêmes délires ; et peut-être, dans certains cas, pourrait-on incriminer des maladies de l'utérus, de l'ovaire, etc.

Tous les cas que nous venons de rapporter sont des cas d'hypochondrie très grossièrement symptomatique ; la relation de cause à effet entre la gastropathie et la zoopathie est indéniable. Nul ne la conteste. Tout au plus insiste-t-on sur la rareté de faits semblables, malgré le démenti que semble donner à cette affirmation la publication d'observations qui deviennent de plus en plus nombreuses à mesure que se perfectionnent nos moyens d'investigation anatomo-clinique.

Enfin A. Vigouroux et Collet ont rapporté tout récemment[1]

(1) *L'Hypochondrie et les lésions organiques latentes* (*Soc. Médico-psychologique*, 29 mai 1905 ; — et *Arch. gén. de méd.*, juillet 1905)

deux observations d'hypochondriaques dont l'autopsie révéla d'importantes lésions capables d'expliquer leurs souffrances pendant la vie et les idées délirantes qu'elles avaient engendrées. — Le premier se plaignait de troubles de la motilité et de la sensibilité des jambes, de troubles génitaux et intestinaux; après sa mort, on trouva un énorme lymphome tuberculeux qui comprimait les nerfs et les vaisseaux du bassin; — le second, mélancolique avec préoccupations hypochondriaques, se plaignait d'avoir un cancer de l'estomac qu'on pensait aussi peu vraisemblable que la syphilis, affirmée par le même malade; l'autopsie fit découvrir un cancer de la petite courbure de l'estomac, justifiant ainsi les plaintes du malade.

« Devons-nous nous contenter, ajoutent Vigouroux et Collet, de considérer ces lésions organiques comme ayant servi d'orientation au délire de nos malades? Il en était ainsi dans les cas d'Esquirol et de Bonet, qui trouvèrent un cancer de l'estomac chez des hypochondriaques avec zoopathie interne ; dans le cas de Morel, lequel découvrit un rétrécissement auriculo-ventriculaire chez un malade qui croyait qu'un animal lui rongeait le cœur. Dans nos deux cas en effet les troubles cœnesthésiques, base du délire, reposaient sur des lésions réelles; mais ce n'est pas suffisant.

« Devons-nous estimer que la présence de ces lésions n'ait fait que provoquer un état émotionnel persistant exagéré par leur caractère latent ? ou enfin ne pouvons-nous admettre que les toxines tuberculeuses dans un cas, cancéreuses dans l'autre, en agissant sur le cerveau, aient exercé une action pathogénique sur le délire lui-même?.....

« Sans vouloir méconnaître l'importance réelle, et admise par tous, de la prédisposition, on peut répondre que, d'une part, si tous les tuberculeux et cancéreux ne délirent pas, tous les prédisposés ne délirent pas non plus. »

Quelle que soit l'hypothèse pathogénique adoptée, en dehors de ces cas d'hypochondrie où une affection viscérale grossière et incontestable explique manifestement les troubles mentaux, plusieurs catégories de faits nous paraissent venir à l'appui de l'existence des troubles périphériques organiques au cours de l'hypochondrie :

A. — Des faits *cliniques*, nombreux.

B. — Des faits *anatomo-pathologiques*, tout récents et encore assez rares.

C. — Quelques faits *expérimentaux*, restés à l'état de tentatives, mais peut-être réalisables dans l'avenir.

D. — Enfin des faits *thérapeutiques*, incontestables, mais d'une fréquence qui reste à établir.

A. — Documents cliniques.

Il est bien entendu que nous ne reviendrons pas ici sur ces cas d'hypochondrie grossièrement symptomatique, très intéressants, très importants à connaître, et dont nous avons rapporté quelques exemples typiques. Ces cas ne sont contestés par aucun même des partisans de l'hypochondrie essentielle ; mais cela, disent-ils, n'est pas la véritable hypochondrie. — Désormais nous ne parlons plus que de cette hypochondrie, qui, au moins en apparence, est essentielle et *sine materia*.

Les faits cliniques qui nous ont paru les plus intéressants à exposer en premier lieu, parce qu'ils synthétisent toute une doctrine, sont les observations de Head.

***

1° *Les troubles sensitifs de la paroi révèlent la lésion viscérale sous-jacente.* — En neuropathologie, sinon en pathologie mentale, les travaux de Head ont été l'objet d'études critiques très minutieuses. On sait que l'auteur anglais, de ses nombreuses recherches antérieures au mémoire que nous avons analysé, concluait que tous les viscères malades produisent des hyperesthésies suffisamment nettes sur certains territoires du corps et de la tête, pour que la simple localisation de cette hyperesthésie permette de déterminer le siège d'une affection profonde. Les schémas et les tableaux de Head, établissant la division du corps en segments sensitifs correspondant à des viscères donnés, sont d'une netteté et d'une précision tout à fait impressionnantes. — Mais il convient de rappeler

que Adam([1]), Faber([2]), Lange, Gaddi([3]), Galvagni([4]), J.-Ch. Roux([5]), Petren ([6]), Haenel ([7]) qui ont recherché les zones de Head au cours de diverses affections viscérales, ne les ont pas toujours retrouvées avec la même netteté.

Enfin Georges Guillain qui, pendant une année entière, examina systématiquement au point de vue des hyperalgésies cutanées tous les malades entrés à l'hôpital Laënnec dans le service du professeur Landouzy, déclare :

« De nos recherches isolées nous ne voulons pas tirer de conclusions trop absolues; nous avons recherché les zones hyperalgésiques décrites par Henry Head dans les affections viscérales, nous avons suivi la technique de Head, nous avons éliminé de nos examens les malades névropathes et hystériques : les zones de Head, nous ne les avons jamais trouvées aussi précises, aussi nettes que les décrit leur auteur. De nos résultats nous rapprochons ces faits : Thorburn, Mackensie n'ont trouvé les zones de Head que dans un nombre très restreint de cas; Adam les trouve moins nettes que Head; Faber trouve des zones hyperalgésiques chez 15 % des femmes atteintes de troubles digestifs qu'il examine; un tiers des malades de Faber étaient hystériques; Haenel, sur 200 cas, rencontre 70 fois des zones hyperesthésiques; parmi ses malades il s'agissait 42 fois d'affections gastriques, et Haenel ajoute qu'il n'y a aucune différence, à cet égard, entre les maladies organiques et les maladies fonctionnelles de l'estomac; J.-Ch. Roux dans les affections gastriques, abstraction faite des névropathes et des tabétiques, ne trouve pas d'hyper-

(1) Adam, *Hyperesthésie der Hant bei inneren Krankheiten. Inaugural Dissertation*, Berlin, 1897.

(2) Faber, *Beflexhyperesthesien bei Verdanungskrankheiten. Deuts. Arch. f. kl. Medicin*, 1899.

(3) Gaddi, *Les hyperalgésies réflexes d'origine gastro-intestinale* (*Semaine médicale*, 1899, p. 412.)

(4) Galvagni, *In Semaine médicale, loc. cit.*

(5) Ch. Roux, *Les lésions du système grand sympathique dans le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale.* Thèse de Paris, 1900.

(6) Petren, *Ueber die verbreitung der neurasthenie unter verschiedenen Bevölkerungsclassen. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkunde*, 17, Heft, 5, 6.

(7) Haenel, *Ueber sensibilitatsstorungen bei visceralerkrankungen, speciell bei Magenkrankheiten. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Halle*, oktober 1900. *Neurol. centralblatt*, 1900, p. 1136. — Du même, *Münch. medic. Wochensch.*, 1901, p. 14.

esthésie, ne rencontre pas les zones de Head, et quand chez les névropathes il les trouve, les limites lui en paraissent moins nettes qu'à Head. Dupuy-Dutemps examine un grand nombre d'affections oculaires, une seule fois il trouve de l'hyperesthésie (1). »

Guillain se borne d'ailleurs à demander de nouveaux examens et que les auteurs veuillent bien rechercher chez leurs malades les zones hyperalgésiques dans les différentes affections.

En ces dernières années, d'autres travaux se sont inspiré des recherches de Head, pour l'étude soit de la métamérie du système nerveux (Constensoux) (2), soit du zona et des fièvres éruptives (Langevin) (3), soit encore des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux de la femme (Duballeu) (4), etc.

Toutefois Thorburn (5) semble avoir raison de penser que la méthode de l'hyperesthésie cutanée dans l'étude des localisations sensitives de la moelle n'a pas la même valeur objective que la méthode de l'anesthésie. Les intéressantes recherches de Laignel-Lavastine, Jean Heitz et Lortat-Jacob viennent confirmer cette manière de voir, en établissant les relations, chez les tabétiques, des crises gastriques et intestinales avec le siège des *anesthésies* cutanées.

Jean Heitz et Lortat-Jacob (6) signalent les intermittences des anesthésies cutanées de deux tabétiques (thorax et zone radiculaire interne des bras), apparaissant et disparaissant avec les crises gastriques.

Laignel-Lavastine (7) a rapporté l'histoire de trois tabétiques sujets

(1) Georges Guillain, *Les hyperesthésies cutanées en rapport avec les affections viscérales. Étude critique et comparée des idées de Henry Head* (*Revue de médecine*, 10 mai 1901, p. 429).

(2) Constensoux, *La métamérie du système nerveux et des maladies de la moelle*. Thèse Paris, 1900.

(3) Langevin, *Étude sur la métamérie cutanée en particulier dans le zona et les fièvres éruptives*. Thèse Paris, 1903.

(4) Duballeu, *Des troubles de la sensibilité cutanée, en rapport avec les maladies des organes génitaux de la femme*. Thèse Bordeaux, 1901. — *Analyse in Revue Neurologique*, 1902, nº 375.

(5) Cité par Guillain, *loc. cit.*

(6) Jean Heitz et Lortat-Jacob, *Société de Neurologie*.

(7) Laignel-Lavastine, *Recherches sur le plexus solaire* Thèse de Paris, 1903, . 266.

à des crises gastriques et chez lesquels on trouvait, à la partie inférieure du thorax, entre la région mammaire et l'appendice xyphoïde, une bande horizontale, circulaire d'hypoesthésie tactile et douloureuse, répondant aux territoires cutanés des 4e à 11e racines du splanchnique, dont dépendent les nerfs de l'estomac, lesquels se détachent de ces mêmes racines 5e à 11e dorsales.

Enfin Jean Heitz (1), sur 67 tabétiques, a toujours constaté la coïncidence de l'anesthésie de la région thoracique et des crises gastriques ; mais les limites de la zone anesthésiée sont assez flottantes. Elles s'étendent assez souvent jusqu'à la 8e cervicale (zone radiculaire interne des bras), mais quelquefois elles s'arrêtent au niveau des seins, à la hauteur de la 4e et même 5e dorsales. La limite inférieure est ordinairement une ligne passant à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, et l'auteur ne l'a presque jamais vue descendre au-dessous du 9e territoire radiculaire dorsal. Il y a, entre la 5e et la 9e dorsale, une bande où la sensibilité est altérée dans tous les cas, et que seule, on peut considérer comme la zone fixe et permanente de l'anesthésie liée à la crise gastrique. La crise viscérale terminée, ces anesthésies disparaissent entièrement ; mais quand le tabès est déjà à une période avancée de son évolution, il persiste un certain degré d'hypoesthésie, plus prononcé au tact qu'à la douleur. Les malades qui n'ont jamais eu de crise gastrique, n'ont pas, en général, d'anesthésie de la région thoracique. Dans des cas difficiles, l'exploration de la sensibilité du thorax pourra ainsi servir à établir le diagnostic entre la crise du tabès et les crises de douleur épigastrique avec vomissements, qui dépendent d'autres affections.

« Il est intéressant, dit J. Heitz, de rapprocher cette projection anesthésique des crises gastriques tabétiques, des projections douloureuses thoraciques décrites par de nombreux auteurs au cours d'affections banales de l'estomac. M. Bouchard a signalé depuis longtemps les névralgies intercostales inférieures dans la dilatation gastrique. Chantemesse et Lenoir, Peter, plus récemment Fouillet (2), ont insisté sur ces névralgies, qui sont souvent

(1) Jean Heitz, *Du siège des anesthésies cutanées chez les tabétiques, dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales* (*Société de biologie*, 28 mars 1903).
(2) Thèse de Paris, 1902.

prises à tort pour un début de pleurésie. Dans le chapitre de son livre qui traite des affections de l'estomac, Head décrit des zones d'hyperesthésie cutanée, occupant les 6e, 7e, 8e et 9e territoires dorsaux. Il insiste sur l'importance de ce phénomène objectif, facile à vérifier, et fait remarquer que l'hyperesthésie s'éclaire, de même que la douleur névralgique, si on en rapproche ce fait que l'innervation sympathique de l'estomac provient des 4e à 7e racines dorsales. Une hyperesthésie semblable dans les 9e, 10e, 11e et 12e territoires dorsaux, qui accompagne les affections des intestins, s'explique de même par les origines du sympathique intestinal dans les racines correspondantes.

« Il est aisé de constater que ces territoires hyperesthésiques de Head sont exactement les mêmes territoires que nous avons trouvés anesthésiés dans les crises gastriques et intestinales des tabétiques. Il semble qu'une action pathologique inflammatoire (imprégnation par une toxine), agissant sur la racine, provoque simultanément la crise douloureuse dans le viscère et l'anesthésie dans le territoire cutané.

De tout ceci il faut conclure que les recherches de Head ont sans doute besoin d'être confirmées et reprises dans leurs détails, mais qu'en tout cas le principe même établi par l'auteur anglais reste entièrement acquis de *zones sensitives pariétales dont le siège est en rapport avec le viscère malade sous-jacent.*

En somme il n'y a là qu'une plus grande précision donnée aux vieilles et incontestables observations des cliniciens qui, de tout temps, différencièrent le point de côté de la pneumonie et de la pleurésie, la douleur dans l'épaule de la colique hépathique, la douleur dans la sphère uro-génitale de la colique néphrétique, la douleur du bord cubital du membre supérieur dans l'angine de poitrine, les points rachidiens et xyphoïdien de l'ulcère stomacal, etc., etc. Head, non seulement précisa ces zones douloureuses, mais encore leur donna la sanction objective qu'elles n'avaient pas avant lui, en découvrant que la douleur subjective s'accompagne d'hyperesthésie cutanée.

En psychiatrie, les recherches de Head ont également besoin d'être reprises et confirmées. Pick (1) écrit justement : « La grande

(1) Pick, *Des zones de Head et de leur importance en psychiatrie.* (*Journ. de psychol. norm. et pathol.* Mars-Avril 1904, p. 102).

importance de la cœnesthésie et de ses troubles dans la vie psychique tout entière laisse tout de suite soupçonner que, vraisemblablement, les zones de Head, envisagées comme expression localisée de pareils troubles, jouent de même un rôle considérable en psychopathologie. »

Et le même auteur ajoute que les dires des malades hypochondriaques, en ce qui concerne leurs sensations anormales, ont besoin d'être repris en présence de la théorie de Head.

Pick ne s'est pas borné à émettre cette vue théorique. Il l'a sanctionnée d'un exemple clinique suffisamment intéressant pour que nous jugions utile de le rapporter ici :

Il s'agit d'une femme de paysan, âgée de quarante ans, qui, en octobre de cette année, fut transférée à la clinique, venant d'un asile d'aliénés. Des faits qui nous sont connus, nous retiendrons les suivants : En juillet elle fut reçue dans une maison de santé ; elle présentait des phénomènes hypochondriaques manifestes ; elle se plaignait, à ce moment, d'être malade depuis quelques semaines ; elle avait une forte chaleur dans le corps ; elle sentait que le sang s'arrêtait dans les vaisseaux ; l'estomac et le cœur étaient dérangés ; elle devait avoir le démon dans son corps ; il n'y avait plus rien à faire ; on n'avait qu'à la laisser mourir.

Dans l'asile d'aliénés, elle explique qu'elle s'oriente assez mal parce qu'elle a la tête vide ; mais, par dessus tout, elle se plaint d'une cuisson considérable dans la région de l'estomac et du cœur, qui, de là, gagne la tête ; lorsqu'elle avale, elle croit que les matières ingérées ne vont pas dans l'estomac, mais remontent dans la tête ; elle se plaint de toutes sortes de troubles stomacaux, aigreurs, perte d'appétit, à la suite desquels elle n'éprouve nul besoin de s'alimenter.

En outre, elle souffre de tremblements qui s'irradient jusqu'à l'extrémité des doigts, de crampes qui lui tordent les mains.

Elle se plaint d'avoir des idées désagréables, en particulier des idées de suicide, qu'elle rapporte en partie aux sensations désagréables perçues dans les régions stomacales et cardiaques, en partie aux tentations du démon, qu'elle sent au même endroit; au lit, elle se tient accroupie, les mains fortement pressées contre la région cardiaque, se plaint de ne pouvoir manger parce que les mets ne descendent pas dans l'estomac mais remontent dans la tête; plus souvent encore elle répète que le démon est dans son corps.

A la clinique, elle donne des renseignements précis sur le début de sa maladie.

Quelques semaines après son dernier accouchement (le dixième), la maladie s'est assez rapidement constituée; des troubles physiques

divers se sont montrés ; elle accusait une forte chaleur au creux épigastrique, ainsi qu'à la région cardiaque ; le médecin les dénomma troubles nerveux (*nervosital*).

A cette époque se montrèrent les fourmillements et les torsions des mains. L'idée qu'elle était tentée du démon, ainsi que des symptômes de grande tristesse, d'anxiété et d'affliction firent aussi leur apparition. A cause de la cuisson considérable de la région de l'estomac et du cœur, l'idée lui vint qu'elle devait avoir en cet endroit le démon ; elle ne pouvait se débarrasser de cette idée et d'elle-même elle demanda à être transportée dans un hôpital.

A l'heure actuelle, elle est constamment préoccupée de sa santé physique, qui est le sujet de plaintes de toutes sortes, mais surtout prédominent les lamentations qui concernent l'estomac ; spontanément, elle dit qu'elle éprouve une sensation de déchirure dans la région de l'estomac ; dans la région du cœur, elle sent que quelque chose se décroche ; elle accuse de plus, dans cette même région, une cuisson analogue à celle qui se produit lorsque la peau a été fouettée. Au point de vue psychique, les mêmes manifestations déjà décrites persistent. L'examen somatique révèle une diminution des réflexes, mais aucun stigmate hystérique ; pas de manifestations nerveuses, pas de symptômes de tétanie ; par contre, on note les signes d'une dilatation stomacale très accusée et une zone cutanée très hyperesthésiée, avec deux points maxima. L'examen du contenu stomacal, ainsi que l'examen fonctionnel, confirment les données précédentes. Notons encore une constipation opiniâtre.

Nous appliquâmes une thérapeutique conforme à ces indications. Le succès fut si grand que, au bout de peu de jours, la zone de Head disparut ; au bout d'un mois environ, on put constater pour l'estomac le résultat représenté dans la figure (1). La malade alla spontanément à la garde-robe, et la menstruation, qui faisait défaut depuis cinq mois, se rétablit. L'état psychique s'améliora de la manière suivante : l'idée qu'elle avait le démon dans le corps disparut tout d'abord parallèlement avec la zone de Head, les autres phénomènes finirent ensuite par s'amender, peu à peu, d'une manière assez irrégulière.

« La discussion de l'observation que nous venons de rapporter, ajoute Pick, peut donner lieu aux conclusions suivantes :

« A la base de tous ces phénomènes se trouve une dilatation stomacale considérable et grave, se montrant chez une femme affaiblie par les couches et en outre par des avortements et des lactations ; il s'en est suivi de la tétanie ; ce fait est loin d'être rare dans cette affection ; nous n'avons pu le retrouver ici que

(1) Cette figure montre, en même temps que le siège de la zone de Head, une rétrocession notable du contour inférieur de l'estomac après un mois de traitement.

par l'anamnèse. D'un autre côté, se sont montrés des troubles psychiques qui ont présenté des caractères d'une psychose combinée de mélancolie et d'hypochondrie. L'existence d'une zone de Head ainsi que les autres signes somatiques nous ont permis de reconnaître immédiatement la dilatation stomacale ; nous avons été ainsi conduits à mettre en œuvre une thérapeutique appropriée, suivie bientôt d'une prompte amélioration. »

On s'étonnera sans doute que les aliénistes n'aient pas cherché à vérifier les affirmations de Head. Celui-ci déclare par exemple : « *Dans chacun des cas où j'ai pu pratiquer un examen complet, dans les vingt-quatre heures suivant l'apparition de l'hallucination, je n'ai jamais manqué de trouver l'hyperesthésie du crâne de type réfléchi .... La céphalalgie de type viscéral réfléchi semble la seule condition nécessaire à l'apparition des hallucinations.* »

Voici une assertion très importante et qu'il paraît bien facile de vérifier : il suffira, semble-t-il, chez tel malade qui aura été réveillé une nuit par ses voix, de rechercher le lendemain matin la douleur et l'hyperesthésie de la région pariétale ; chez tel autre, sujet aux visions, on recherchera l'hyperesthésie frontale, etc. Mais cette facilité de recherche n'est guère qu'apparente ; et l'on voit tout de suite que les conditions d'observation dans nos services d'aliénés ne sont guère comparables aux conditions dans lesquelles Head étudiait ses cardiaques et ses tuberculeux. Ceux-ci n'avaient en général qu'une hallucination, dont ils confiaient volontiers le détail et la date exacte d'apparition ; d'autre part, ils se prêtaient aisément à la recherche des troubles de la sensibilité, fournissant des réponses exactes, d'une intelligence non affaiblie. Au contraire, les hallucinations des aliénés sont le plus souvent multiples ; leur date d'apparition est difficile à préciser ; parfois la réticence ou la confusion du sujet empêchent même qu'on puisse les différencier des illusions ou des interprétations délirantes ; l'examen de la sensibilité est entouré d'une foule de causes d'erreur, en raison de troubles intellectuels divers (mobilité de l'attention, affaiblissement psychique, etc.). Sans doute ces difficultés ne sont peut-être pas insurmontables et nous souhaitons vivement qu'une étude d'ensemble et systématique

vienne nous fixer sur cette question importante des troubles sensitifs crâniens en rapport avec les hallucinations des aliénés. En tout cas, cette confirmation reste entièrement à établir ; les observations de Head ne portaient que sur des sujets absolument sains d'esprit, et l'assimilation hâtive de ces faits aux cas d'aliénation mentale que Gamble voulut tenter, ne saurait emporter la conviction. Très visiblement ce dernier auteur, professeur adjoint de clinique médicale au Collège de médecins et de chirurgiens de Baltimore, s'il connaissait suffisamment les aliénés, eût été frappé des difficultés de leur examen et de la sage réserve avec laquelle Head avait éliminé de son étude délicate tout individu suspect de la moindre tare psycho-névropathique.

Si bien étudiés qu'ils aient été, les travaux de Head ont encore besoin, pour être appliqués intégralement à la psychiatrie, de recherches confirmatives pratiquées sur les aliénés.

***

2° *Les troubles locaux des neurasthéniques et des hypochondriaques correspondent à des lésions locales.* Dans son amusante revue des « Spécialistes à œillères », vers lesquels se dirigent d'abord les malades atteints de psychonévroses, Dubois (de Berne) n'a pas manqué de citer le médecin expert dans les maladies de l'estomac, qui « siphone l'estomac, analyse le suc gastrique, injecte de l'air dans l'organe et en note le contour au crayon bleu, etc. » Bien entendu, il n'est jamais recommandable pour un médecin de porter des œillères. Mais le précepte d'examiner tout malade de la tête aux pieds ne doit pas plus faire omettre l'estomac que le cerveau. Et le gastrologue qui, examinant le suc gastrique d'un neurasthénique ou d'un hypochondriaque, y relève une hypoacidité notable, serait, à notre avis, aussi coupable, en négligeant ce signe, qu'en n'en recherchant aucun autre. Il ne serait pas plus coupable, de toute manière, que le psychothérapeute qui négligerait de parti pris l'examen somatique de tout malade présentant des troubles psychiques.

Nous avons choisi les troubles digestifs, à cause de leur fréquence ; mais nous aurions pu tout aussi bien étudier les troubles

cardiaques, les troubles génitaux, etc, et montrer qu'ils avaient presque toujours quelque lésion locale réelle, à leur origine.

Plus qu'aucune autre forme, la neurasthénie dyspeptique a été étudiée à ce point de vue. Dans une thèse inspirée par M. Hayem, Turquet [1] distingue deux formes de dyspepsie névropathique : — l'une à symptômes nerveux d'excitation *périphérique*, d'excitation localisée à l'estomac (gastralgie, vomissements) ; — l'autre, à symptôme nerveux d'origine *centrale* (épuisement, somnolence, céphalée, asthénie musculaire), et qui comprendrait trois variétés cliniques :

La dyspepsie *neurasthénique*,
La dyspepsie *hypochondriaque*,
La dyspepsie *psychique* (obsessions, phobies).

Cette dernière distinction des trois formes cliniques de dyspepsie nerveuse est assez artificielle. Mais le problème qui reste tout entier est, là encore, de savoir quel est l'organe le premier atteint, du cerveau ou de l'estomac. Pour Charcot, c'est la neurasthénie qui commence, et l'affection gastrique vient ensuite compléter le tableau. Pour M. Hayem, au contraire, le nervosisme est un symptôme réflexe, produit par l'irritation du système nerveux au moyen des toxines microbiennes ou des albumines toxiques. Ainsi nous retrouvons toujours, à l'occasion de ce simple trouble local de l'estomac, les mêmes doctrines opposées qui attribuent au cerveau ou à l'abdomen un rôle primitif, prédominant et exclusif. — Quant à la conception de Arndt, de Leven, d'après laquelle la dyspepsie neurasthénique serait une névrose du grand sympathique, du plexus solaire, du cerveau abdominal, elle se rattache à la théorie humorale de M. Hayem : pour tous ces derniers auteurs, le mécanisme pathogénique, toxique ou sympathique, peut différer ; mais le cerveau « encéphalique » n'est toujours atteint que secondairement.

Pio Galante [2] a plus spécialement étudié le chimisme gastrique dans l'hypochondrie, dont il a trouvé une altération constante, accompagnée d'hypokinésie gastrique, et se traduisant par des accès gastralgiques, avec sensation de plénitude, pesanteur,

(1) Turquet, *Dyspepsie et neurasthénie, ou de la neurasthénie dyspepsique.* Thèse de Paris, 1899.

(1) Pio Galante, *Annali di neurologia*, an. XVI, fasc. I, p. 28, janvier 1898.

tension, tiraillements et sensation de vide de l'estomac [1]. L'auteur se rallie à l'opinion de Romberger, Jolly, Krafft-Ebing, Schüle, Alt, etc, d'après laquelle les nerfs apportent continuellement aux centres de l'hypochondriaque des sensations anormales qui font que le sujet a constamment son attention fixée sur ses viscères et renforce ainsi, par l'importance qu'il leur accorde, la valeur de ces sensations anormales.

Prou, dans sa thèse [2], déclare que les aliénés hypochondriaques sont presque tous atteints de dilatations d'estomac bien marquées et conclut que l'estomac exerce son influence sur le cerveau par un simple mécanisme réflexe bien plutôt que par une auto-intoxication, comme le voudrait M. Bouchard.

En somme, on pourrait dire de ces sensations hypochondriaques, gastralgiques ou autres, ce que Pitres disait justement des sensations illusoires des amputés : « *Elles ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau.* L'amputé ne localise des perceptions sur un point quelconque des membres absents que s'il a, au préalable, la notion illusoire de l'existence de ces membres, et *cette notion est toujours d'origine périphérique* [3]. » L'état mental propre à beaucoup d'amputés (irritabilité, tristesse, etc.) peut donc être considéré comme une sorte d'hypochondrie [4], compliquée d'hyperesthésie générale, et dont l'origine périphérique n'est plus guère contestée aujourd'hui. Sans doute, ces amputés hypochondriaques ne sont pas exempts d'une plus ou moins grande prédisposition psycho-névropathique ; mais leur état hypochondriaque n'en naquit pas moins du fait que toutes leurs excitations périphériques leur semblaient décuplées. — Enfin Pitres, en provoquant la disparition des sensations illusoires et douloureuses des amputés par l'injection sous-cutanée de cocaïne

(1) D'après le Dr F. Ehrlisch, la sensation douloureuse en rapport avec l'état de vacuité de l'estomac ne doit pas être considérée comme une manifestation névropathique ; elle doit éveiller dans l'esprit du médecin le soupçon d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum. — *Münchener medecinwochenscrift*, 1904, n° 20.

(2) Prou, *Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques*. Thèse de Paris, 1903.

(3) Pitres, *Études sur les sensations illusoires des amputés* (*Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1897, p. 192).

(4) Gulbenkian, *Hallucination du moignon, Pathogénie et traitement*. Thèse de Paris, 1902.

au niveau du moignon, a pu affirmer indiscutablement l'origine périphérique de ces sensations.

Chez les neurasthéniques, Maurice de Fleury [1] a particulièrement insisté sur la réalité des lésions locales qui sont à l'origine des troubles si variés éprouvés par ces malades.

« Derrière cette sensation de lassitude découragée, derrière cette impotence intellectuelle et physique dont nos malades viennent se plaindre à notre consultation d'hôpital, et, plus encore, à notre consultation particulière, ce serait faire acte de légèreté que de ne pas chercher à démasquer plus d'une maladie organique latente, tuberculose, alcoolisme, goutte, diabète, artério et cardiosclérose, uricémie, mal de Bright, cancer de l'estomac, du rectum ou de la matrice, maladie de Basedow, maladie d'Addison, syphilis, tabes, scléroses en plaques ou paralysie générale [2].

« Désormais il y a diminution d'énergie fonctionnelle dans tous les organes de l'économie, qu'il s'agisse de fibres musculaires ou de glandes.

« L'estomac se distend et dans les cas graves se dilate, en même temps que sa sécrétion participe à l'hyposthénie. L'intestin, mal soutenu par une paroi abdominale affaiblie, tombe en paquet, tout en se laissant gonfler par les gaz. Le foie, légèrement hypertrophié par le surcroît de besogne que lui donnent les toxines intestinales, sort de sa loge, pèse sur le rein droit qui glisse en bas et flotte. Par leur fatigue profonde, résultant de l'affaiblissement de leurs tissus, les muscles à fibres striées ont aussi leur façon de ptose ; celle de l'appareil circulatoire consiste dans la mollesse contractile du myocarde et dans la distension totale de l'arbre artériel avec hypoglobulie apparente et hypotension ; chez la femme, les ligaments suspenseurs de la matrice perdant aussi de leur élasticité et de leur tonicité, le col descend jusqu'au contact de la paroi postérieure du vagin (utéroptose ou métroptose de Chéron) ; si la femme, à un âge où les fibres élastiques commencent à devenir friables, la trentaine passée, accouche d'un gros enfant, il arrive que les parois du vagin n'opposent plus de résistance à l'envahissement de leur cavité par la vessie et le rectum : cysto-

(1) *Les grands symptômes neurasthéniques*. 1 vol., Alcan, 1900.
(2) *Loc. cit.*, p. 4.

cèle et rectocèle sont des ptoses à leur manière ; les varices, le varicocèle, maladies par rupture de fibres élastiques et atonie des fibres musculaires, peuvent rentrer, je crois, dans la même catégorie. Chez la plupart des hommes neurasthéniques, le crémaster est à l'état de flaccidité presque constante. Certains malades, qui s'observent beaucoup à ce point de vue spécial, ont attiré mon attention sur cette atonie locale, et m'ont ainsi permis de constater que, bien souvent, elle va de pair avec l'atonie des parois gastriques, l'hyposécrétion orchitique faisant pendant à l'hypopepsie.

« Voilà donc un assez vaste ensemble d'organes affaissés, demitaris, fonctionnant au-dessous de leur tâche, et maintenus, à part quelques poussées en feu de paille, dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. On comprend après un pareil groupement, que nous ayons pu prononcer tout à l'heure le mot d'*anatomie pathologique du syndrome de Beard* [1].

« L'état mental neurasthénique ne peut être rien d'autre que la conscience obscure et trouble de cette baisse de fonctionnement, de cette diminution vitale dont chaque muscle, dont chaque glande sont frappés [2].

« Dans quelques cas anciens, l'état psychique, après n'avoir été pendant longtemps que le reflet de l'état des organes, finit par prendre une existence personnelle, par se constituer une sorte d'indépendance. M. Paulhan, dans sa série d'études sur ce qu'il a nommé la synthèse mentale, a bien précisé les lois de cette formation psychologique, de cette forteresse intérieure qui fait que, quand un cerveau vit depuis longtemps au cran de la tristesse et des émotions déprimées, il tourne en tristesse et dépression tout ce qui passe à sa portée. Ce qui pour tout autre serait un sujet de contentement, devient pour lui sujet à lamentations [3].

« L'hystérie nous apparaît nettement comme une maladie corporelle engendrée par l'idée, tandis que la neurasthénie doit se concevoir désormais comme une *maladie de l'esprit née du fonctionnement appauvri de notre organisme physique* [4].

(1) *Loc. cit.*, p. 254.
(2) *Loc. cit.*, p. 256.
(3) *Loc. cit.*, p. 262.
(4) *Loc. cit.*, p. 264.

Ainsi, sous les infinies variétés d'aspect présentées par les malades, on trouvera toujours à l'origine de leurs préoccupations morbides quelque trouble réel dans le fonctionnement vicié d'un de leurs organes. Et si ce vice de fonctionnement ne suffit pas à expliquer toute l'affection, quand elle a atteint un certain degré, du moins est-elle indispensable pour expliquer l'origine et la localisation des plaintes formulées par les malades.

Le *Malade Imaginaire*, si finement analysé par Molière avec une exactitude quasi médicale, était en réalité un *neurasthénique gastro-intestinal*, dont l'espèce est restée particulièrement fréquente de nos jours : « Actuellement Argan va à Plombières, à Châtel-Guyon, à Carlsbad, etc. Il a échangé la seringue contre un outillage perfectionné et le clystère contre la douche ascendante ; mais il continue et continuera encore longtemps à exaspérer son médecin, et, bien que très malade, passera, vis-à-vis des siens, pour un malade imaginaire. Il vaut mieux le plaindre que se moquer de lui (1). »

* * *

3° *Les conceptions hypochondriaques ne sont que l'interprétation délirante de sensations anormales réelles.* — « Il faut bien admettre, dit Séglas, que, dans le tableau de nos représentations mentales, quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement, et que ce quelque chose peut s'altérer » (2).

Mais, pour qu'il y ait altération, il faut qu'il se produise d'abord quelque trouble dans le fonctionnement de nos viscères. Or, parmi les différentes catégories d'hypochondriaques, il en existe toute une classe où dominent incontestablement les symptômes locaux douloureux. Il ne s'agit plus ici de ces neurasthénies à *topoalgies*, qu'avec Head nous devons désormais considérer comme symptomatiques de lésions viscérales sous-jacentes, ni non plus de ces hypochondries grossièrement symptomatiques que nous avons déjà signalées. Il s'agit des malades que Reyne (3), dans une

(1) A. Guyesse, Argan était-il malade ? (*Revue bleue*, 3 octobre 1903, p. 147). — Voir aussi la Conférence de M. Debove, Le Malade imaginaire (*Méd. moderne*).

(2) *Traité de Pathol. mentale de G. Ballet*, p. 172.

(3) Reyne, *Contribution à l'étude des idées hypochondriaques simples* (non délirantes). Thèse de Montpellier, 1903.

thèse intéressante qu'inspira Castin, groupe sous le nom d'*Hypochondriaques névralgiques névrosiques*. Reyne distingue, avec Castin, quatre types d'hypochondrie :

1° L'hypochondrie systématisée primitive de Séglas;

2° L'hypochondrie des neurasthéniques ;

3° L'hypochondrie des *névralgiques névrosiques;*

4° Les phobies hypochondriaques.

Dans cette thèse, on ne parle de la troisième classe que pour l'éliminer. En effet, tandis que, pour l'auteur, les autres classes d'hypochondries relèvent toutes trois de la *dégénérescence mentale*, seule la classe des hypochondriaques névralgiques névrosiques échappe à cette étiologie univoque et ne saurait, par suite, appartenir à la véritable hypochondrie. Quoi qu'il en soit des rapports généraux de l'hypochondrie et de la dégénérescence mentale, sur lesquels nous aurons à revenir, nous n'avons pas ici les mêmes raisons d'éliminer les hypochondriaques névralgiques névrosiques, qui nous intéressent tout autant que les autres.

Voici quel serait, d'après Reyne, l'aspect de ces malades : concentrés uniquement dans leur douleur physique, ils reconnaissent très bien la cause de leur tristesse : ils n'ont pas d'idée de ruine, d'humilité ou de culpabilité, ils sont tristes simplement parce qu'ils souffrent. Sans cesse, on les entend récriminer : ils sont mal couchés, mal nourris, etc., et leurs plaintes ne semblent pas exagérées, mais très naturelles, si l'on songe à l'intensité de leurs souffrances imaginaires. — Mais c'est précisément la question en litige, de savoir si ces douleurs sont imaginaires ou réelles. — Pour expliquer une douleur aussi intense et continue, il faudrait, dit Reyne, une névralgie névrite ; et puis, les douleurs ont d'ordinaire un caractère erratique qui n'est guère en faveur d'une lésion localisée ; si bien, qu'en somme, les troubles nerveux périphériques sont insuffisants à expliquer tous les troubles de la perception douloureuse.

Ces hypochondries névralgiques névrosiques s'observeraient à l'hospice bien plus souvent qu'à l'asile. Pourtant, une observation recueillie à l'asile de Montdevergues permet à Castin d'appuyer les idées qu'il inspira à son élève : il s'agit d'une femme qui souffrait de névralgies dans toutes les parties du corps, jusqu'au bout des doigts, d'une façon continue, et qui présentait

d'ailleurs des troubles très notables de la sensibilité tégumentaire (1).

Suivant les auteurs et la théorie pathogénique de l'hypochondrie qu'ils ont adoptée, les *troubles psycho-sensoriels* au cours de cette affection sont plus ou moins fréquents. Il s'en faut de beaucoup en effet que toutes les plaintes des hypochondriaques correspondent à la perception imaginaire de fausses sensations organiques absolument dépourvues de tout fondement. Le malade qui sent un animal qui le ronge ne fait souvent que traduire à sa manière, par une interprétation délirante, quelque sensation anormale réelle: un de nos paralytiques généraux dont le délire hypochondriaque est d'une variabilité et d'une richesse extraordinaires se plaignait un jour d'avoir un chat dans la gorge qui l'empêchait de respirer et de manger; il suffit de lui faire ouvrir la bouche pour constater une amygdalite et une pharyngite intenses avec exsudat abondant; l'angine, grâce au traitement convenable, guérit, débarrassant du chat qu'il avait dans la gorge le malade qui se mit à adopter d'autres conceptions délirantes plus ou moins absurdes.

Il ne faudrait pas rechercher des associations logiques chez des paralytiques généraux, dont le déficit intellectuel est toujours notable. Pourtant il est bien difficile de ne pas admettre que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, les paralytiques généraux hypochondriaques aient plutôt des interprétations délirantes de ce qu'ils voient, de ce qu'ils entendent et surtout de ce qu'ils sentent, que des illusions et des hallucinations.

Voisin rapporte un cas très typique à cet égard (2) : « Un officier de marine était atteint depuis deux ans de paralysie générale. Il se disait bouché, se plaignait de douleurs vagues dans les entrailles tant qu'il était constipé ; il restait pendant cinq ou six jours sans aller à la selle et tous les médicaments échouaient contre cette constipation. La podophylle n'avait pas encore été essayée : l'administration de ce purgatif parvint à provoquer des selles régulières, et du jour où les fonctions alvines reprirent leur cours normal, on vit disparaître les idées hypochondriaques. Le malade est aujourd'hui dans une période de délire expansif. »

(1) Reyne, *loc. cit.* Obs. V, p. 36.

(2) Voisin, *Traité de la paralysie chez les aliénés*, 1879.

Conclure que l'on a l'intestin bouché parce que tous les efforts pour combattre la constipation restent inutiles, c'est faire une interprétation délirante à l'occasion d'un fait réellement perçu ; cela ne constitue nullement une illusion ou une hallucination. Beaucoup de ces malades qui racontent qu'ils sont bouchés, qu'ils n'ont plus de bouche, plus d'anus, etc., délirent sans doute de la même façon, mais toujours à l'occasion de changements réels dans les conditions organiques de leur personnalité, ou bien à l'occasion de troubles très authentiques de leur sensibilité générale.

Enfin, dans une thèse récente, inspirée par M. Pierret, Péridier [1] a montré que les formes dépressives, et en particulier la forme hypochondriaque de la paralysie générale, sont très souvent consécutives au tabès. Là encore l'origine du délire hypochondriaque ne doit pas être recherchée dans d s illusions ou des hallucinations se produisant dans les différents appareils organiques : si le paralytique général tabétiforme présente plus volontiers un délire hypochondriaque qu'un délire expansif, c'est parce qu'il interprète faussement des sensations que très reellement il éprouve (douleurs fulgurantes, viscéralgies, etc.).

De même André Léri [2] note que dans les cas de tabès avec cécité qu'il a observés et qui présentaient des idees hypochondriaques, les troubles sensitivo-sensoriels (douleurs, phosphènes, visions colorées et autres signes d'irritation des nerfs optiques) étaient largement suffisants pour justifier le caractère triste du délire.

B. — Documents anatomo-pathologiques.

Georget, ayant exposé, d'après Lieutaud, les résultats fournis par l'autopsie des hypochondriaques et rappelé les engorgements et dilatations variqueuses des vaisseaux afférents à la veine porte, les sphacèles de la rate et des capsules atrabilaires, les pierres dans la vésicule du fiel et bien d'autres lésions plus ou moins banales, concluait qu'un tel exposé « ne comprend pas moins que

(1) Péridier, *Contribution à l'étude des formes dépressives de la Paralysie générale*. Thèse de Lyon, 1904.

(2) André Léri, *loc cit.*, et thèse de Paris, 1903 (cécité et tabès).

la presque totalité des altérations qui composent le cadre nosologique. Il en résulte nécessairement, ajoutait-il, ou que l'hypochondrie est une maladie distincte, n'est qu'un effet d'une foule de causes variables, ou bien que son étude n'a point été dirigée suivant les principes qui peuvent conduire à la découverte de la vérité ou prévenir l'erreur. »

Ces critiques, bien qu'antérieures à la période neurasthénique ou contemporaine de l'histoire de l'hypochondrie, garderaient encore aujourd'hui toute leur valeur, si l'on en était encore à chercher l'origine de l'hypochondrie dans les lésions macroscopiques de l'estomac (Hippocrate, Dioclès, Higmore, de la Boë, Hoffmann, etc.), ou de la rate (Gallien, Avicenne, Fernel, Sennert, Willis, etc.), du côlon (Ettmuler) ou de la veine porte (Stahl, Juncker, etc.). Mais, actuellement, le problème ne se pose plus ainsi, et trop d'autopsies négatives ou révélatrices de lésions banales nous ont appris qu'on ne saurait trouver, par un simple examen à l'œil nu, les lésions spécifiques de l'hypochondrie.

Nous n'avons pas la prétention d'exposer, même à l'état d'ébauche, l'*anatomie pathologique de l'hypochondrie*. Toutefois, il nous a paru qu'en ces dernières années, quelques recherches très délicates et très soigneuses sur le grand sympathique abdominal, pouvaient éclairer d'un jour intéressant l'origine périphérique des douleurs hypochondriaques.

Depuis longtemps, on a incriminé les lésions du système nerveux splanchnique dans la genèse de certaines maladies mentales. Georget cite les travaux d'un auteur italien, Comparetti, qui, « s'appuyant sur des recherches anatomiques, attribue ces affections à diverses altérations des nerfs et des ganglions nerveux qui se trouvent dans les différentes parties du corps (1). »

Mais, c'est à bon droit que Laignel-Lavastine, dans un rapide résumé historique des recherches qui ont précédé les siennes, constate que « les *lésions du sympathique dans les maladies mentales* ont été, depuis Lobstein, beaucoup plus incriminées que démontrées. »

Ainsi, Morel pense bien que le *délire émotif* est une névrose du système nerveux ganglionnaire, mais il ne décrit pas de lésions;

(1) Comparetti (Andr.), *Occursus medici de vaga aegritudine infirmitatis nervorum*. Venise, 1780, in-8°.

et, lorsque, plus tard, Lalanne [1] incrimine, peut-être à bon droit l'altération du plexus solaire dans la pathogénie des *états anxieux*, il ne confirme cette opinion d'aucun examen histologique.

Auguste Voisin [2], au contraire, tente de donner un fondement anatomo-pathologique à cette conception des folies sympathiques : dans plusieurs cas de *folie hypochondriaque* ayant duré plusieurs années, il décrit très consciencieusement des lésions portant sur les ganglions semi-lunaires. Mais ces recherches, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent pour notre sujet, ne peuvent guère être retenues aujourd'hui, en raison de l'insuffisance de la technique histologique employée à cette époque déjà assez ancienne.

Dans la *folie pellagreuse*, R. Burgia, d'Imola, signale des lésions de ganglions sympathiques, caractérisées, d'un côté, par la prolifération névroglique, la sclérose avec épaississement des parois vasculaires, et d'un autre côté, par la chromatolyse, avec atrophie consécutive et enfin disparition des cellules nerveuses.

La question de rapports entre les troubles de la sensibilité et le fonctionnement des viscères s'éclaire encore des recherches que nous avons déjà signalées concernant la coexistence des *crises gastriques chez les tabétiques* avec des bandes d'anesthésie au niveau des seins (Jean Heitz et Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine, etc.). J. C. Roux [3], étudiant les lésions du grand sympathique au cours du tabès, pense que la diminution des petites fibres à myéline dans le grand sympathique cervical, et thoracique et dans les nerfs splanchniques explique les *analgésies viscérales* signalées au cours de cette affection : en effet, les rares femmes tabétiques, qui ont échappé à la stérilité habituelle ou bien à l'accouchement prématuré si fréquent, effectuent parfois leur accouchement à terme sans presque aucune douleur ; le fait ne saurait guère s'expliquer que par une anesthésie du plexus hypogastrique (Litschkus, Cohn, Mirabeau [4], J. Heitz). Des exemples identiques d'accouchements à terme indolents ont été

(1) Lalanne, Rapport au *Congrès des neurol. et aliénistes*. Grenoble, 1902

(2) A. Voisin, *Union méd.*, 1869 ; — et *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1875.

(3) J. C. Roux. These de Paris, 1900.

(4) Mirabeau, *Centralblatt f. gynaekol*, 1er février 1902.

signalés chez les *paralytiques généraux*. Serge Soukhanoff[1] en publiait récemment une nouvelle observation et rapprochait tous ces faits de l'absence, chez un paralytique général, des douleurs violentes si caractéristiques de l'ulcère rond de l'estomac, et aussi de l'absence presque totale de toux et d'expectoration chez un paralytique général dont l'autopsie révéla un processus tuberculeux très avancé dans les deux poumons. Bien que ce dernier exemple nous semble d'interprétation plus contestable que les premiers, il semble qu'on puisse admettre, avec l'auteur russe, que *les anesthésies profondes des paralytiques généraux peuvent porter sur les divers organes internes* : utérus, estomac, appareil respiratoire, etc. D'après S. Soukhanoff, le fait que ces anesthésies internes s'observent surtout à une période très avancée de la maladie ne permet pas de les expliquer par le seul affaiblissement démentiel. Il faut invoquer les qualités anesthésiques de certaines toxines (auto-intoxication paralytique) et l'altération des différentes parties du système nerveux central et périphérique (ganglions spinaux, ganglions sympathiques, nerfs périphériques).

Si les analgésies viscérales des tabétiques et des paralytiques généraux peuvent s'expliquer par des lésions du grand sympathique, il est vraisemblable que les hyperesthésies de ces mêmes viscères pourraient dépendre également d'une altération du systeme nerveux sympathique.

Sous le nom de *syndrome solaire douloureux*, Jaboulay [2] a groupé toutes les névralgies viscérales de l'abdomen, qu'il considère comme le symptôme d'un vice de fonctionnement du système nerveux sympathique abdominal. Il s'agit, d'ordinaire, de ces sujets névropathes qui se plaignent de sentir des battements artériels au niveau du creux épigastrique, qui présentent du gonflement et de la parésie des anses abdominales, etc. Pour Jaboulay, qui n'admet, on le sait, que la théorie pathologique sympathique de la maladie de Basedow, le syndrome solaire douloureux serait « le *pendant abdominal du goître exophtalmique* ». Ce qui prouve que le grand sympathique est bien malade, ajoute le chirurgien

(1) Serge Soukhanoff, *Contribution à l'étude des anesthésies des organes internes dans la paralysie générale* (*Revue neurologique*, 30 avril 1904).

(2) Voir la thèse de Ternier, élève de Jaboulay. Lyon, 1900.

lyonnais, c'est qu'en pratiquant la laparotomie et en massant le plexus solaire, on fait cesser les douleurs.

Avec plus de rigueur, Laignel-Lavastine a pu reproduire expérimentalement, dans chacun des viscères abdominaux, des perturbations dépendant du plexus solaire [1].

Le même auteur a fait une étude très soigneuse de *l'histologie pathologique du plexus solaire chez les paralytiques généraux* [2]. Déjà Bonnet et Poincarré avaient signalé des lésions scléreuses des nerfs et des ganglions du sympathique avec infiltration pigmentaire des cellules dans la paralysie générale. Mais les observations de Laignel-Lavastine sont particulièrement précises : de l'examen pratiqué dans 10 cas, il conclut :

« Les aspects de plexus solaire ne sont pas uniformes dans la paralysie générale.

« Les lésions des fibres sont très fréquentes, elles s'expliquent par la fréquence de l'association du tabès à la paralysie générale.

« Les lésions interstitielles tendent vers la sclérose adulte ; elles s'en rapprochent d'autant plus que le paralytique est plus âgé, et que la maladie a eu une évolution plus longue.

« Les lésions cellulaires tendent vers l'atrophie pigmentaire. Elles n'ont pas les caractères d'altérations primitives.

« Elles paraissent plutôt secondaires au processus de sclérose.

« La rétraction de la cellule dans sa capsule endothéliale est une lésion d'une grande valeur pathologique. »

L'intérêt de ces constatations histologiques consiste surtout dans la comparaison possible avec les observations cliniques correspondantes. C'est ainsi que deux des dits paralytiques généraux étudiés par Laignel-Lavastine, dans le service de Vigouroux, à Vaucluse, présentaient des idées hypochondriaques [3].

Le premier présentait des idées hypochondriaques et de négation, refusait les aliments : les œufs étaient empoisonnés, on lui donnait à manger du sperme, etc. L'autopsie montra des ganglions semi-lunaires gorgés de sang, à enveloppe fibreuse épaissie, capsule endothéliale envahie par des cellules rondes et quelques cellules nerveuses seulement en chromatolyse.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, *Recherches sur le plexus solaire*. Thèse de Paris, 1903.
(2) *XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes*. Bruxelles, 1903.
(3) *Loc. cit.* Obs. V et VIII.

Le second malade avait également des idées hypochondriaques bien caractérisées : il était squelette, un mal aux yeux l'empêchait de voir les numéros des maisons et d'exercer sa profession de cocher, il avait eu le choléra, il voulait se suicider, etc. A l'autopsie, les ganglions semi-lunaires ont leur capsule fibreuse un peu épaissie. Les vaisseaux, très dilatés, paraissent augmentés de nombre, sont pigmentés et donnent des aspects de bois mort. Le tissu conjonctif est augmenté, les travées épaissies; il y a de l'infiltration diffuse de petites cellules rondes.

Les cellules nerveuses très pigmentées ont leur structure normale. La plupart même pourraient servir de modèle pour une description schématique des cellules normales.

Le splanchnique droit, traité par la méthode de Marchi, et coupé transversalement immédiatement au-dessus du ganglion de Lobstein, ne contient que 1 800 petites fibres à myéline. On compte 260 grosses fibres.

Cette diminution des fibres sympathiques est tout à fait comparable à celle qu'on trouve dans le tabès.

Les recherches de Laignel-Lavastine ont été reprises récemment dans une très bonne thèse inspirée par Régis et Anglade (1). Pour Cazeneuve, le système nerveux de la vie végétative participe aux lésions diffuses de la paralysie générale. Les paralytiques généraux présentent, en effet, des troubles profonds, digestifs, circulatoires, sécrétoires et trophiques, qui indiquent la déchéance définitive des fonctions de nutrition, d'assimilation, et produisent la *fonte paralytique*. Les troubles viscéraux et cette cachexie dénutritive terminale relèvent d'une altération des sympathiques.

Les troubles sensitivo-moteurs viscéraux que l'on observe dans la paralysie générale peuvent correspondre à l'excitation ou à la paralysie du plexus solaire.

Les symptômes d'excitation du plexus solaire se traduisent en clinique par des crises gastriques, de la cœlialgie, de la constipation, de l'hyperesthésie des parois abdominales. Il est réalisé

(1) Cazeneuve, *La cellule sympathique normale et ses altérations à la paralysie générale*. Thèse de Bordeaux, 1904.

dans son ensemble par la colique de plomb dans sa forme aiguë (Laignel-Lavastine).

Les symptômes de paralysie du plexus solaire se manifestent par la diarrhée, la parésie intestinale, le météorisme, l'insensibilité testiculaire, l'anesthésie et l'atonie vésicale. Ils sont constants dans l'évolution de la démence paralytique et se produisent durant la dernière période de l'affection. Ils causent rarement des accidents immédiats mortels. (Deux cas de Denarié) (1).

Bien que les symptômes d'excitation du plexus solaire soient assez rares, Cazeneuve en cite un cas observé dans le service de M. Régis (2). Il s'agit d'un paralytique général qui présentait d'une part des *troubles viscéraux* très accusés, (douleur en demi-cercle au niveau de l'estomac, point épigastrique, douleurs abdominales sans localisations précises, exagération des réflexes abdominaux, constipation opiniâtre, douleurs calmées par la pression profonde) coexistant avec des *idées délirantes de négation* (il est ventriloque, il a dans son ventre tantôt un orgue, tantôt un violon, qui jouent certains chants particuliers au moment de ses coliques ; un rat a mangé et pourri ses intestins ; son gésier est bouché ; il est mort vivant, etc., etc.).

Pour Cazeneuve, ces idées de négation procèdent des troubles de la sensibilité viscérale avec lesquels il coexiste. « Le paralytique général nie ses organes parce qu'il n'a plus la sensation inconsciente de leur fonctionnement, que ce fonctionnement est interrompu par le fait d'un trouble associé de la motilité. En sorte que *le paralytique négateur est évidemment un sujet qui témoigne de l'atteinte profonde de son système sympathique.* »

Un autre exemple clinique (3) sert à montrer la difficulté du diagnostic de la paralysie générale chez certains mélancoliques négateurs qui ne présentent que des troubles viscéraux avec conceptions hypochondriaques et idées de négation d'organes ; dans le cas rapporté le diagnostic put être établi grâce à la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. « Dans ce cas, dit Cazeneuve, le processus anatomo-pathologique s'est, dès le début, concentré sur le système sympathique. Les autres parties du sys-

(1) Denarié, Thèse de Paris, 1869.
(2) bs. XI.
(3) Obs. XII.

tème nerveux périphérique ont été, sinon épargnées du moins atteintes peu profondément. Cela s'explique : si la paralysie générale est une maladie du système nerveux tout entier, dans tous les cas, les diverses parties ne sont pas atteintes au même degré.

« Il y a des formes spinales. Pourquoi n'y aurait-il pas une *forme sympathique de la paralysie générale,* dans laquelle rentreraient peut-être bien des cas étiquetés d'abord mélancolie anxieuse avec idées de négation ? »

En dehors de l'hypochondrie de la paralysie générale, les examens anatomo-pathologiques du sympathique sont peu nombreux.

Pourtant de Buck a trouvé des altérations sclérotiques interstitielles prononcées dans les ganglions solaire et cervical supérieur du sympathique, avec achromatose cellulaire, ectopie du noyau, neuronophagie, chez un vieux dément hypochondriaque (1).

Et de Buck ajoute : « Il n'est pas téméraire de dire que l'étude physiologique et anatomique du système nerveux sympathique dans les psychoses est encore à la période de la première enfance. Et qui oserait prétendre qu'une étude plus approfondie de ce domaine ne nous réservera pas des surprises, surtout le jour où nous connaîtrons mieux l'aboutissant cortical de cet important système ? »

C. — Essais d'expérimentation.

L'expérimentation est une méthode qui n'a guère pu être employée avec succès jusqu'ici en psychiatrie. Pour l'étude pathogénique de l'hypochondrie, elle pourrait nous fournir des documents très précieux.

Il ne s'agit évidemment pas de réaliser par quelque supercherie une hypochondrie expérimentale en cherchant à persuader un sujet qu'il est atteint d'une maladie plus ou moins extraordinaire. En dehors de toutes les considérations morales qui répugnent à l'emploi de tels procédés, on peut remarquer que tous les indi-

(1) De Buck, *L'origine périphérique des psychoses*, p. 104, Obs. I.

vidus ne se laisseraient pas convaincre d'hématurie avec une égale facilité parce qu'on aurait coloré leurs urines en rouge avec de la fuchsine. Cette assez mauvaise plaisanterie ne pourrait guère servir qu'à mettre en relief le degré de débilité mentale du sujet, son degré de suggestibilité ou de sens critique. — Quant à la coloration en bleu de ces mêmes urines, on sait que la valeur thérapeutique, à titre de suggestion indirecte, en a été maintes fois essayée. Hâtons-nous de déclarer que ce procédé n'a guère de chances de réussir dans l'hypochondrie : jamais la coloration bleue de ses urines n'a pu persuader un de nos grands débiles hypochondriaques, malgré une énergique suggestion verbale antérieure, du départ d'un ver qu'il avait dans le crâne et dont le craquement l'empêchait de dormir. En réalité l'administration à titre suggestif du bleu de méthylène aux hypochondriaques a tout juste la valeur de ces opérations pratiquées chez eux également à titre suggestif indirect, et dont nous verrons plus loin la parfaite inutilité, sinon même le danger.

La seule expérimentation nous paraissant autorisée pour une étude pathogénique de l'hypochondrie, nous avions cru en trouver le principe dans les travaux de Head. Cet auteur a relevé des modifications de la sensibilité au cours des différentes affections viscérales. Ne pourrait-on pas, pensions-nous, modifier par un procédé inverse, la sensibilité viscérale profonde, en troublant la sensibilité pariétale par quelque procédé artificiel? Tel hypochondriaque, par exemple, affirme qu'il a un cancer dans l'estomac et présente l'hyperesthésie avec douleur viscérale réfléchie au niveau des 7e, 8e et 9e zones de Head (sous-scapulo-xyphoïdienne, épigastrique moyenne, supra-ombilicale). Si, par un procédé quelconque (sinapisme, injection de cocaïne, etc.), on augmente ou bien on diminue la sensibilité de quelque autre zone de Head, soit les 2e, 3e, 4e dorsales (dorso-brachiale, dorso-axillaire), qui correspondent habituellement aux affections pulmonaires, ne va-t-on pas diriger en quelque sorte les interprétations délirantes du malade, et celui-ci ne va-t-il pas oublier le cancer de l'estomac qui le préoccupait, pour croire à une tuberculose pulmonaire qu'on lui aura véritablement suggérée?

La question mérite d'être posée et sans doute ne restera-t-elle pas toujours sans solution. Mais il nous faut avouer que, si sédui-

sant que fût le problème à résoudre, nous n'avons pu en réunir les éléments indispensables, ni rencontrer dans la pratique des données aussi nettement formulées que dans l'exemple ci-dessus.

Avec l'aide si compétente de notre ami G. Dumas, nous avons choisi un hypochondriaque très franchement délirant, qui depuis des mois se plaignait d'avoir l'intestin pourri, ses urines qui se répandaient à l'intérieur de ses jambes, etc. Au niveau de la région sous-scapulaire, sans prévenir le malade, qui ne pouvait voir ce qu'on lui faisait, nous avons irrité la peau un jour d'un fort badigeonnage au collodion, un autre jour d'une application de menthol en solution alcoolique. Sur le moment le malade marqua une indifférence complète, tout à fait insouciant de ce qui se passait dans son dos; le lendemain et les jours suivants, il en avait entièrement perdu le souvenir. Le résultat était remarquablement négatif; mais il n'en faudrait pas tirer de conclusions générales; car peu de temps après, frappé de l'absurdité de certaines conceptions délirantes chez ce même malade qui depuis trois mois présentait un type parfait de délire hypochondriaque systématisé, nous lui fîmes une ponction lombaire qui révéla une lymphocytose très abondante du liquide céphalo-rachidien. Ce n'est d'ailleurs pas la seule fois où nous avons été appelé à faire le diagnostic de paralysie générale chez des hypochondriaques systématisés. Quoi qu'il en soit, l'expérience que nous avions tentée avec G. Dumas, perd beaucoup de sa valeur du fait qu'il s'agissait en l'espèce d'un paralytique général, même au début.

Nous avons renouvelé nos tentatives chez d'autres malades, presque toujours avec le même insuccès. La difficulté principale réside surtout dans le choix des malades : l'élimination des paralytiques généraux nous prive d'abord de la plus grande partie de nos hypochondriaques d'asile. Faudra-t-il choisir alors quelque débile, quelque mélancolique simple, dont les tendances hypochondriaques sont jusqu'ici demeurées à l'état potentiel, avec le secret espoir de les faire se manifester? Mais encore faudrait-il trouver chez eux quelques troubles de la sensibilité assez nettement localisés en certaines des zones de Head. Or, nous avons déjà insisté (p. 68), en dehors de toute critique générale de doctrine, sur la difficulté très particulière qu'il y avait à rechercher chez des *aliénés* l'hyperesthésie et la douleur viscérale réfléchie

de Head. Aucun des malades de l'auteur anglais n'était aliéné, ni même névropathe; on ne saurait trop rappeler ce fait, pour écarter toute tentative de rapprochement prématurée entre les pensionnaires de nos asiles et les cardiaques ou tuberculeux sains d'esprit de Head.

CHAPITRE III

LES TROUBLES CÉRÉBRAUX DANS L'HYPOCHONDRIE

A. — Documents cliniques.

Maintenant que nous avons longuement insisté sur l'importance des lésions et des troubles périphériques qu'on trouve à l'origine des idées hypochondriaques, il nous faut exposer impartialement l'influence de l'élément psychique et central. Si l'hypochondrie nous semble caractérisée surtout par une hyperesthésie plus ou moins diffuse des nerfs organiques, il ne s'en suit pas que la mentalité de l'hypochondriaque n'ait aucune importance sur la couleur de ses interprétations délirantes. Le caractère antérieur d'un malade est un facteur qui agit puissamment sur l'orientation de son état psycho-pathologique et surtout de son délire : on a souvent fait remarquer que la même quantité du même vin, au cours d'un même repas, peut produire chez les différents convives des effets très variés, voire même inverses, exagérant la gaieté et la loquacité habituelles de celui-ci, accentuant la tristesse et le caractère taciturne de celui-là. S'il en est ainsi pour les délires toxiques ou infectieux, à plus forte raison le même fait s'observera-t-il au cours de ces délires qu'on qualifia de constitutionnels. Le délire hypochondriaque ne saurait échapper à des lois aussi générales.

« Il n'est pas rare, dira Féré, que la mélancolie hypochondriaque se développe chez des individus ordinairement soucieux de leur santé, méticuleux de tout ce qui concerne l'hygiène [1]. »

Ces individus, ce sont les *salutistes* de Dubois, de Berne ; et c'est d'eux qu'on peut dire à bon droit que « leurs troubles fonctionnels

(1) Féré, *loc. cit.*, p. 76.

n'ont rien de bien spécial et se présentent souvent chez des gens normaux ; mais, en vertu même de leur mentalité hypochondriaque, les neurasthéniques voient gros et s'inquiètent [1]. »

Mais cette influence incontestée de la prédisposition psychique a été singulièrement exagérée par certains auteurs :

« Chez les hypochondriaques proprement dits, *le trouble cérébral est primitif ;* les idées hypochondriaques ne sont qu'une variété des idées mélancoliques.

« Il existe chez les malades atteints d'hypochondrie, soit *essentielle,* soit symptomatique, un état dépressif très marqué ; la différence entre le mélancolique et l'hypochondriaque est que chez ce dernier les idées tristes sont dirigées sur la constitution, le fonctionnement, la transformation de son organisme. Ce sont ces malades que l'on appelle malades imaginaires, *malades imaginaires si l'on considère le fonctionnement des divers organes autres que le cerveau,* mais malades réels si l'on considère le trouble cérébral. »

Nous empruntons cette citation qui exprime très clairement l'opinion ancienne et classique au travail très récent de M. Marchand [2]. Il était utile qu'un jeune auteur très instruit vînt parler en 1904 d'une *hypochondrie essentielle,* pour bien marquer que le rapporteur de 1905 ne perd pas son temps à discuter une opinion archaïque et déjà abandonnée, quand il s'attarde un peu longuement à discuter la réalité plus ou moins fréquente des troubles périphériques chez des hypochondriaques.

M. Marchand s'exprime encore ainsi :

« Les troubles sensoriels sont très communs dans le délire hypochondriaque, aussi communs que dans le délire de persécution, mais doit-on dire que toujours les idées hypochondriaques sont dues à des troubles somatiques ? Laissant de côté les cas rares de maladies organiques provoquant des idées délirantes, résultat cependant d'un trouble fonctionnel secondaire du cerveau, nous sommes portés à admettre que, la plupart du temps, *le trouble cérébral est le seul existant,* qu'*il n'y a que des maladies somatiques imaginaires dans l'esprit troublé des malades...* »

(1) Dubois (de Berne), *loc. cit*, p. 198.
(2) *Revue de psychiatrie,* 1904.

Et ailleurs encore :

« Nous sommes hypochondriaques parce que nous avons un cerveau qui fonctionne mal, et non, à part quelques cas, parce que nous avons des troubles somatiques; si nous avons des troubles sensoriels, ils ont leur origine dans l'organe central, et non dans les organes périphériques, du moins dans la très grande majorité des cas. Le délire hypochondriaque n'est pas dû à un afflux de sensations insolites qui émanent des diverses parties du corps, mais à un trouble fonctionnel du cerveau. »

Qu'on compare les déclarations de M. Marchand avec celles de Dubois (de Berne), affirmant en vingt endroits que c'est le cerveau qui trouble le fonctionnement de l'estomac, et non la gastropathie qui crée un état mental particulier. On constatera une fois de plus que, si les malades diffèrent (neurasthéniques hypochondriaques de la maison ouverte de Berne et hypochondriaques vésaniques de l'asile d'aliénés de Blois), les arguments restent les mêmes pour défendre une théorie identique, celle de l'hypochondrie essentielle, psychique ou cérébrale, mais qui n'est certainement pas symptomatique d'une lésion périphérique.

Il ne suffit pas certes de présenter des troubles organiques pour aussitôt devenir hypochondriaque. Wollenberg (1) fait très justement remarquer que beaucoup de sujets atteints d'affection cardiaque véritable ou de tout autre état organique grave ne présentent aucune préoccupation hypochondriaque à ce sujet. Récemment, encore G.-C. Ferrari (2), étudiant méthodiquement l'état mental de 26 aveugles-nés (hommes et femmes) de l'Institut régional de la province de Reggio-Emilia, notait la rareté chez eux d'une hypochondrie qu'on pourrait déclarer presque légitime (3). Pourtant des cardiaques, des aveugles peuvent devenir

(1) Wollenberg, *loc. cit.*, p. 29.

(2) G.-C. Ferrari, *L'examen psychologique expérimental des aveugles* (*Rivista di Biologia generale*, Côme, 1903). — D'après cet auteur, les aveugles acceptent avec la plus grande tranquillité cette infirmité qui semble aux voyants la plus triste des infortunes ; certains parlent de cette infirmité avec une sorte de coquetterie qui revêt pour l'observateur un peu sensible un caractère presque tragique ; et dans certaines circonstances, on les voit s'abandonner complètement à la joie de vivre.

(3) Au contraire, Léri (Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabès. *Journ. de Neurologie*, 1904) note que dans le tabès avec cécité les délires lypémaniaques, *hypochondriaques* et de persécution ne sont pas rares.

hypochondriaques ; mais ils ne le deviendront pas nécessairement à l'occasion de leur affection grave et incurable. Un hypochondriaque, dit Wollenberg, qui voit se développer chez lui une cataracte, peut très bien ne pas faire entrer cette affection dans le système de ses conceptions délirantes, au moins pendant un certain temps.

Il existe un véritable *tempérament hypochondriaque*, sorte de constitution psychique congénitale se manifestant souvent dès l'enfance (1), s'affirmant à la puberté et pouvant se traduire plus tard par des troubles mentaux caractérisés. De même qu'il existe des individus qui toute leur vie ont été des « *fanfarons de la santé* » (Falret), de même il en existe d'autres qui toujours se sont préoccupés de leur santé, se sont crus atteints successivement de toutes les maladies, n'ont jamais cessé de consulter des médecins, voire même des charlatans, etc. Ce sont ces « *salutistes* » qui deviendront un jour hypochondriaques.

Sans vouloir discuter encore l'existence d'une hypochondrie purement *idéogène*, il est incontestable que certains facteurs purement intellectuels jouent un rôle important dans le développement des idées hypochondriaques, par exemple la *lecture des livres de médecine*, sur lesquels tous les auteurs, anciens ou modernes, ont insisté à bon droit.

« On voit, dit Louyer-Villermay, la nostalgie, *la lecture des ouvrages de médecine, surtout par les personnes étrangères à l'art*, et les promenades solitaires, chez les hommes affectés de quelque chagrin, déterminer l'hypochondrie » (2).

« Parmi les causes intellectuelles de l'hypochondrie, dit Brachet, nous comprendrons aussi la *lecture des livres de médecine et l'étude de la science, surtout pour les gens du monde*. Comment ceux-ci ne seraient-ils pas affectés de ces lectures, lorsqu'on voit un grand nombre d'élèves en médecine éprouver, pendant le cours de leurs études, quelques atteintes d'hypochondrie, et les médecins eux-mêmes y être fort exposés par suite de leurs

(1) Il est souvent possible, dit Lentz, *loc. cit.*, de décider dès un âge assez tendre, si tel enfant deviendra épileptique, hystérique, neurasthénique ou psychosique. Il y a là une sorte de spécialisation précoce.

(2) Louyer-Villermay, *Recherches historiques et médicales sur l'hypochondrie*. Paris, 1802, p. 103.

méditations continuelles sur le tableau des souffrances qu'ils ont constamment sous les yeux? » [1].

« La lecture des ouvrages de médecine, dit Falret, donne lieu plus souvent encore chez les gens du monde à l'hypochondrie. Elle a pour résultat ordinaire de les porter à examiner avec plus de soin le jeu de leurs organes, et, au moindre trouble, et souvent même dans un état de santé parfaite, à l'aide de fausses interprétations, ils jugent être atteints des maladies les plus graves dont ils ont lu la description. Quelquefois ils en redoutent seulement l'approche, ils en prévoient l'imminence. Enfin le passé, le présent et l'avenir présentent tour à tour de nouveaux aliments à leurs funestes idées » [2].

Dans ce même ouvrage, J.-P. Falret cite à l'appui de ses observations le passage suivant, emprunté aux *Confessions* de J.-J. Rousseau (1re partie, livre VI, p. 398), passage que rapporte également Michéa [3]. « Pour m'achever, écrit J.-J. Rousseau, ayant fait entrer un peu de physiologie dans mes lectures, je m'étais mis à étudier l'anatomie : et, passant en revue la multitude et le jeu des pièces qui composaient ma machine, je m'attendais à sentir détraquer tout cela vingt fois le jour ; loin d'être étonné de me trouver mourant, je l'étais que je puisse encore vivre, et je ne lisais pas la description d'une maladie que je ne crusse être la mienne. Je suis sûr que si je n'avais pas été malade je le serais devenu par cette fatale étude. Trouvant dans chaque maladie des symptômes de la mienne, je croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par-dessus une bien plus cruelle encore dont je m'étais cru délivré, la fantaisie de guérir. C'en est une difficile à éviter quand on se met à lire des livres de médecine. A force de chercher, de réfléchir, de comparer, j'allai m'imaginer que la base de mon mal était un polype au cœur... Je tendis tous les ressorts de mon esprit pour chercher comment on pourrait guérir un polype au cœur, résolu d'entreprendre cette merveilleuse cure. »

Le facteur idéogène de l'hypochondrie est surtout apparent dans

(1) Brachet, *Traité complet de l'hypochondrie*. Paris, 1844, p. 365.

(2) J.-P. Falret, *Essai sur l'hypochondrie*. Paris, 1822, p. 390.

(3) Michéa, *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie*. Paris, 1845, p. 396.

les préoccupations hypochondriaques des étudiants en médecine(1). Tous les symptômes décrits dans les livres classiques, le jeune étudiant les retrouve chez lui : — ce malaise général, cette courbature, cette céphalée qui marquent le début d'une fièvre typhoïde, ne les a-t-il pas éprouvés ? — Tel autre se croit tuberculeux parce qu'il a eu quelques transpirations nocturnes. — Un troisième est persuadé d'avoir contracté la syphilis parce qu'il présente quelque vésicule d'herpès génital, etc., etc.

Sous cette dernière forme de la syphilophobie, les préoccupations hypochondriaques se montrent particulièrement fréquentes, non seulement chez les étudiants en médecine et les médecins, mais aussi chez tous les jeunes gens, plus ou moins instruits, qui lurent certains livres spéciaux. Dans la campagne si utile qu'on mène actuellement pour la prophylaxie de la syphilis, un des moyens d'action consiste à instruire précocement les jeunes gens des dangers qu'ils courent dans leurs premiers rapports sexuels. Mais, chez certains psycho-névropathes, qui précisément naquirent avec un tempérament hypochondriaque, il y a un écueil à éviter : en voulant leur inspirer la crainte salutaire de la syphilis, il faudra prendre garde de ne pas leur en inspirer la phobie pathologique. C'est là un petit fait, très secondaire, par rapport à l'importance des résultats déjà obtenus par la campagne antisyphilitique. Pourtant aucun aliéniste ne contestera l'authenticité de ce danger, cette année surtout où les candidats à la syphilophobie eurent à se défendre non seulement contre la lecture des livres de médecine, mais aussi contre le spectacle des *pièces* de médecine (2).

Incontestablement, la préoccupation hypochondriaque de la syphilis dépend surtout, sinon exclusivement, de facteurs intellectuels ; et le fait n'est pas moins évident chez les médecins si nombreux qui, pour avoir autrefois contracté une authentique syphilis, se croient fatalement voués à la paralysie générale. Cette préoccupation hypochondriaque n'est pas l'apanage exclusif des médecins ; bien des gens cultivés, plus ou moins au courant des discus-

(1) Cramer, Le nervosisme chez les étudiants. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* 25 août 1903. (Analyse in *Journ. de Psychol.*, 1904, p. 398.)

(2) La pièce des *Avariés* de Brieux a été représentée cet hiver avec un grand succès au Theâtre Antoine à Paris.

sions scientifiques[1], éprouvent la même crainte. Pourtant elle atteint chez le médecin une netteté et une précision exceptionnelle. Nous avons récemment rapporté[2] la très curieuse auto-observation d'un médecin, ancien syphilitique, qu'il nous paraît intéressant de reproduire ici.

***

Dans le courant du mois d'août 1904 le Dr G., âgé de trente-cinq ans, *médecin* dans un gros bourg du centre de la France, venait à la clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris, pour consulter le professeur Joffroy, parce qu'il *se croyait atteint de paralysie générale progressive*.

Il était dans un tel état d'anxiété qu'en l'absence du professeur, il pria son chef de clinique de vouloir bien l'examiner et lui donner la consultation qu'il était venu chercher de si loin.

Dans la crainte d'oublier quelques détails, le Dr. G. avait pris soin de rédiger son observation, qu'il tint à nous lire en la surchargeant encore d'une foule de détails.

Voici cette auto-observation que nous remit le Dr G. et dont nous reproduisons le texte intégral :

Syphilis il y a seize ans, diagnostiquée par le professeur Fournier, mal soignée, quelques pilules de proto-iodure d'une façon intermittente, plus récemment quelques piqûres de benzoate de mercure.

Période secondaire bénigne : légères plaques muqueuses, syphilides papuleuses...

Il y a huit ans environ, pendant la nuit, sensations lumineuses, puis, de temps en temps, surtout après un peu de fatigue oculaire, point lumineux, étincelles qui plus ou moins ont toujours persisté.

(1) A la suite de la communication de M. Fournier sur la *Paralysie générale de la syphilis*, dans les séances du 13 et du 28 février 1905, une grande discussion s'est élevée à l'Académie de médecine (7, 14. 28 mars, etc.) sur les rapports existants entre ces deux affections : outre M. Fournier, MM. Joffroy, Raymond, Pinard, Hallopeau, Lancereaux, Cornil, etc. ont pris la parole. Tandis que M. Fournier, qui voit surtout des syphilitiques, considère que « les deux causes vraies de la paralysie générale sont la syphilis et l'insuffisance du traitement spécifique », M. Joffroy, qui voit surtout des paralytiques généraux, pense que « la paralysie générale et la syphilis sont deux affections distinctes, ayant chacune leur individualité, leur essence, et l'une n'engendre pas l'autre; elles sont de nature différente ». — Voir *Bull. de l'Acad. de méd.* Février-Mars 1905.

(2) Pierre Roy, *La préoccupation de la paralysie générale chez les syphilitiques* (*Journ. de psychol. norm. et pathol.* Mai-Juin 1905, p. 229).

A cette époque (sept ou huit ans) à 3 ou 4 reprises *scotome* brillant. Quelques douleurs oculaires ou dans l'orbite, battement spasmodique des paupières. Photophobie. M. Valude m'examine et déclare ne rien trouver, il me dit que c'est de la neurasthénie.

Depuis lors, quelques légères migraines ophtalmiques, céphalalgie deux ou trois fois par mois.

Un jour (il y a environ six à sept ans) je constate de l'*inégalité pupillaire* très nette. J'y pensai d'ailleurs et soir et matin la recherchai. Cette inégalité disparaît quelquefois, est plus ou moins considérable, mais a toujours persisté. Les pupilles sont ensuite devenues irrégulières et très paresseuses à l'accommodation.

Mouches volantes nombreuses.

Malgré cela, vision éloignée ou rapprochée bonne. Ma myopie a diminué sensiblement d'un côté.

Les couleurs, le rouge particulièrement, m'apparaisent légèrement modifiées suivant que la vision se fait avec l'œil droit ou l'œil gauche.

Il y a *six ans* environ, je ressentis très légèrement d'abord et d'une façon très intermittente une *gêne de la parole* consistant en une sorte de légère contracture des muscles de la gorge. Cette gêne apparaissait surtout le matin et disparaissait ou s'atténuait après avoir donné une ou deux consultations.

A d'autres moments, au contraire, je sentais une extrême facilité pour causer.

Cette gêne dans la parole par moment s'accentuait. Il se produisait comme de légers mouvements ataxiques dans le maxillaire inférieur et presque inconsciemment je glissais entre mes maxillaires un corps étranger quelconque, souvent une allumette, ce qui facilitait mon travail d'élocution.

Cette gêne de la parole a progressé d'une façon très irrégulière, mais avec continuité. Pendant très longtemps cette gêne n'était nullement apparente pour les personnes qui m'entendaient. D'ailleurs il y a des périodes pendant lesquelles j'avais au contraire une grande facilité d'élocution.

Il y a trois ou quatre ans, je m'aperçus que, par moments, je répétais fréquemment la fin de mes phrases.

Un peu plus tard, et cela d'une façon très lentement progressive, je sentais que ma parole devenait plus brève, plus rapide. Depuis quelque temps cette brièveté du verbe a beaucoup augmenté ; par moment faux-pas, syllabes de travers. Je suis obligé de construire ma phrase mentalement et de me surveiller pour l'extérioriser verbalement d'une façon à peu près correcte. Je fais souvent une inspiration profonde avant de prononcer une phrase pour n'être pas obligé de m'arrêter en route.

J'éprouve depuis un certain temps comme une espèce de raideur dans les muscles de la face, le masséter particulièrement, l'orbiculaire

des lèvres. Assez souvent, comme pour triompher de cette résistance, je fais volontairement des mouvements exagérés d'abaissement du maxillaire inférieur.

Depuis longtemps, je m'apercevais que je lançais en causant des particules de salive.

La gêne de la parole a augmenté une émotivité que je n'avais pas jadis, m'a forcé à ne plus essayer de prendre la parole en public (comme cela m'arrivait de temps en temps, jouant un certain rôle dans ma petite localité).

Depuis quelque temps mon travail professionnel, en raison de cette gêne, m'était devenu plus pénible.

Jusqu'à présent, j'ai conscience dans mes devoirs professionnels de n'avoir fait aucune faute grave par le fait de mon état cérébral.

Pourtant mes facultés cérébrales me paraissent baisser. Intelligence bien plus paresseuse. *Amnésie* plus ou moins prononcée.

Jadis, assez facilement je faisais quelques articles humoristiques ou d'hygiène pour la petite feuille de ma localité.

Depuis plusieurs mois, pour arriver au même résultat, j'étais obligé de m'employer infiniment plus.

Étant étudiant pas mal d'abus du coït.

Depuis je ne m'en suis pas privé. Je fais de la médecine depuis dix ans et d'une façon excessivement active et surtout fatigante.

A différentes reprises j'ai fait soit en voiture, soit en bicyclette, soit en tricycle à pétrole, d'assez nombreuses *chutes*, *plusieurs sur la tête*, une surtout qui m'a laissé sans connaissance pendant deux heures (il y a cinq ans).

J'ai conscience de n'avoir *jamais eu d'idées de grandeur*, sauf un sentiment de supériorité sur les confrères de mon pays. Sommeil bon en général.

Lassitude au réveil.

Depuis longtemps aussi fatigue lombaire et dans les jambes, myalgies, douleurs comme fulgurantes, spasmes musculaires. Poids depuis plusieurs années invariable.

En général bon appétit et pas de troubles digestifs.

Particularité bizarre dans mon existence de médecin, j'ai donné mes soins à deux confrères de mon pays qui sont morts paralytiques généraux ; le premier il y a six ans environ, le deuxième il y a deux ans.

Je leur ai naturellement fait de nombreuses visites. A chacune de ces visites j'avais cette pensée que la triste situation dans laquelle je les trouvais serait la mienne un jour. J'ai assisté à leur fin répugnante et depuis quelque temps je pense fréquemment au *suicide*.

Malgré cet état d'âme, je passe toujours pour un gai et joyeux vivant. Cela ne m'empêchait pas de m'amuser; et tout en fournissant un labeur médical intense, je trouvai le temps de m'amuser ou de m'étourdir plutôt. Jusqu'à présent, de crainte d'arriver à la constatation exacte de

la réalité, je n'ai pas osè consulter, conservant par moment un vague espoir.

Je suis venu à Paris dans ce but il y a quinze jours.

J'ai téléphoné une fois seulement à mon remplaçant.

J'ai passé ces quinze jours au quartier Latin, à Montmartre, faisant tout ce que je pouvais pour m'étourdir dans les endroits où l'on fait la noce.

J'ai jeté hâtivement ces quelques lignes sur le papier.

Je n'éprouve que depuis assez peu de temps et par moments une certaine difficulté pour écrire.

Mon orthographe est devenue parfois très fantaisiste. Quant je fais une lettre ou ordonnance, je fais pas mal de ratures, jadis pas ou peu.

La rédaction de cette auto-observation par un malade qui se croit paralytique général est particulièrement intéressante parce que, tout de suite, le luxe des détails, l'analyse des différents symptômes, la précision des souvenirs et même l'ordonnance générale de ces notes personnelles, tout cela suffit déjà à écarter, presque d'emblée, le diagnostic redouté d'affaiblissement intellectuel d'origine paralytique. En outre, la *forme* de cet écrit est aussi éloignée que le *fond* des caractères habituels aux écrits des paralytiques généraux : c'est l'écriture hachée, hâtive, souvent en style télégraphique, avec des mots en abrégé, d'un homme pressé de rédiger ses notes entre une soirée de noce au quartier Latin et la consultation qu'il ira chercher à l'hôpital, le lendemain matin. Il y a des fautes d'orthographe, parfois même quelques lettres ou syllabes omises, mais ces fautes ne sont pas plus nombreuses à la fin qu'au commencement, et leur grossièreté même est en contradiction avec le fond et la forme de ce qui précède et de ce qui suit : ce sont de grosses fautes égarées au milieu d'un écrit d'une tenue générale très correcte, tant au point de vue psychographique que calligraphique (1).

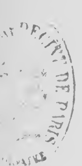
Le malade parle comme il écrit, avec une volubilité extrême, mangeant des lettres ou des syllabes, parfois même bredouillant, mais n'ayant jamais les accrocs et les achoppements caractéristiques. Il va sans dire que le malade s'était de lui-même exercé à

(1) Joffroy, *Les Troubles de la lecture, de la parole et de l'écriture chez les paralytiques généraux* (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, nov.-déc. 1904). — Voir aussi le livre récent de Rogues de Fursac, *Les Écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales* (Essai clinique). Paris, Masson, 1905.

prononcer les mots d'épreuve habituels; d'ailleurs, il avouait n'avoir rien trouvé d'anormal de ce côté.

En revanche, l'affirmation par le malade de l'existence d'une *inégalité pupillaire* bien marquée est confirmée par notre examen : dans l'obscurité, la pupille droite mesure environ $0^{m},006$ de diamètre, tandis que la pupille gauche ne mesure guère que $0^{m},004$. *L'une et l'autre pupilles réagissent parfaitement à la lumière et à l'accommodation. Le contour des pupilles est parfaitement régulier.*

Dans son observation écrite et au cours de notre examen, le malade nous avait fourni suffisamment de démentis contre la réalité des troubles de la mémoire qu'il accusait. Néanmoins, nous avons tenu à lui démontrer l'excellence de sa mémoire par l'épreuve du calcul : il exécuta avec correction et promptitude (2 minutes 1/2) une multiplication comportant un multiplicande de 6 et un multiplicateur de 3 chiffres; il n'y avait aucune faute.



En résumé, nous n'avons trouvé chez le Dr G. aucun des signes d'affaiblissement intellectuel qu'on rencontre d'ordinaire dès le début de la paralysie générale; et, d'autre part, nous n'avons trouvé comme symptôme physique, capable de justifier le diagnostic redouté du malade, que l'inégalité pupillaire. Ce symptôme, manifeste, il est vrai, et incontestable, ne s'accompagne, en revanche, d'aucun trouble des réflexes iriens, d'aucune irrégularité du contour pupillaire ; si bien qu'il s'agit là d'un symptôme absolument unique, isolé, et qui nous paraît incapable, à lui seul, de justifier le diagnostic de paralysie générale. La syphilis avérée du malade peut, d'ailleurs, suffire à expliquer ce trouble pupillaire, qui ne s'accompagne d'aucun autre trouble somatique.

Patiemment, longuement, sur un ton cordial, mais dépourvu de toute ironie, nous entreprîmes de persuader notre confrère de son erreur, nous efforçant de conserver à cette causerie tranquille le caractère d'une consultation confraternelle, comme s'il se fût agi de réformer entre médecins consultant et traitant, et à l'écart du malade, un diagnostic erroné.

Reprenant tous les symptômes qu'il avait relevés, nous les discutons un à un, l'encourageant à la critique, n'affirmant pas brutalement, mais toujours ayant soin de lui demander s'il ne trouve pas nos arguments fondés : on fait ainsi bon marché des prétendus

signes d'affaiblissement intellectuel : le Dr G. reconnaît lui-même que sa situation professionnelle à R. est très prospère et qu'il n'a, malgré la concurrence, perdu aucun client. Les troubles de la parole sont aussi facilement éliminés : un malade du service, pris comme témoin, montre au Dr G. l'énorme différence qui sépare sa volubilité émotive des véritables accrocs paralytiques. Restait l'inégalité pupillaire ; nous avouâmes très sincèrement au Dr G. que, sur ce point seul, nous étions d'accord avec lui, qu'il ne s'était pas trompé et qu'il y avait là un signe important, devant être soigneusement observé et suivi, mais qu'à coup sûr l'inégalité pupillaire ne suffisait pas à constituer la paralysie générale, surtout quand il ne s'y ajoutait aucun trouble des réflexes iriens, ni aucune irrégularité du contour pupillaire.

Nous avons conclu cette consultation par une sorte de sermon dont le malade, redevenu tout à fait calme, nous parut pouvoir entendre l'assez dure vérité : « Mon cher confrère, vous êtes un ancien syphilitique ; tous les syphilitiques, croyez-le bien, ne deviennent pas paralytiques généraux ; j'espère que vous considérerez cette première vérité comme acquise. Mais enfin, peut-être avez-vous, ancien syphilitique, plus de risques de devenir paralytique général qu'un sujet non syphilitique. De plus, vous avez de l'inégalité pupillaire ; nos connaissances actuelles portent certains auteurs à considérer les troubles pupillaires comme un signe d'imprégnation syphilitique précoce du système nerveux. Donc, j'irai jusqu'à reconnaître avec vous, que vous êtes un syphilitique présentant des localisations nerveuses de son affection ancienne. Vous n'êtes certainement pas paralytique général, mais vous risquez non moins certainement de le devenir en recommençant à 35 ans la noce au quartier Latin, avec les mêmes excès alcooliques et de coït, qui pourtant ne vous réussirent guère lors de votre vie d'étudiant. Vous n'êtes pas atteint, mais vous êtes en danger. Rentrez chez vous, continuez à exercer votre profession dans votre calme résidence provinciale ; vivez une vie réglée, à l'abri de tout excès et de tout surmenage ; et vous pouvez avoir l'assurance que le danger que vous semblez rechercher en ce moment ne vous atteindra pas. »

Les cas semblables à celui que nous venons de rapporter sont très fréquents et il n'est pas un aliéniste sans doute qui n'ait eu à examiner quelque ancien syphilitique faussement convaincu qu'il était atteint de paralysie générale. L'intérêt de notre observation tient en ceci qu'elle concerne un médecin capable de préciser dans une véritable auto-observation des préoccupations hypochondriaques que partagent vraisemblablement un grand nombre de syphilitiques.

Mais peut-être pensera-t-on que, pour craindre avec autant de précision la paralysie générale, il faut avoir une connaissance assez exacte, et médicale, de cette affection ; et que par conséquent, la préoccupation hypochondriaque de la paralysie générale apparaît comme le privilège exclusif des *médecins*. Mais il faut tout de suite ajouter à ce groupes des médecins syphilitiques, d'ailleurs assez nombreux, en raison des risques de contagion purement professionnelle, tout un groupe *para-médical*, assez important, composé de gens du monde plus ou moins cultivés et d'individus exerçant une profession libérale, tous plus ou moins en relation avec des médecins. D'ailleurs l'étiologie syphilitique du tabès et de la paralysie générale, si elle est encore en discussion à l'Académie de médecine, ne l'est déjà plus dans le public *para-médical* : il y a plusieurs années que l'ataxie fut qualifiée par un romancier du titre, plus amusant qu'exact, de *toison d'or des noceurs*.

Il existe toute une catégorie de gens, médecins ou non, plus ou moins bien éclairés par les conversations, les livres et les *pièces* médicales, ou simplement de gens ayant assisté à la triste fin d'un de leurs compagnons de jeunesse devenu paralytique général, qui croient connaître les relations existant entre la paralysie générale et la syphilis et qui sont susceptibles, lorsqu'ils ont contracté celle-ci, de se croire *nécessairement* voués à celle-là : leur vie s'écoule dans l'angoisse de cette triste échéance et le symptôme le plus insignifiant devient pour eux une cause d'affolement. C'est le cas de beaucoup de médecins et aussi de beaucoup d'autres syphilitiques instruits,

Enfin, à côté de ceux-ci, qui sont suffisamment éclairés pour craindre une conséquence particulière de leur affection ancienne, il existe une foule d'individus, syphilophobes avant même leur

premier coït, prenant la moindre trace d'herpès génital pour un chancre caractérisé, reconnaissant dans quelques boutons d'acné d'indéniables papules spécifiques, et s'armant de tous ces faits pour repousser d'eux-mêmes la moindre invite à un mariage qu'aucun médecin consulté n'aurait jamais, à aucun moment, songé à interdire. Il peut arriver, et il arrive encore assez souvent, que de tels syphilophobes contractent l'affection qu'ils redoutaient; devenus syphilitiques, leurs craintes à présent ne seront plus dénuées de tout fondement et ils vivront désormais dans une continuelle angoisse de l'avenir. Pour le repos de tous ceux-là, plus nombreux qu'on ne croit, on ne saurait trop avoir de ménagements.

En dehors des victimes très réelles et très nombreuses de la syphilis, et qu'aucun médecin n'ignore, il convient de songer à un petit nombre de malades, connus surtout de l'aliéniste, et victimes indirectes de la syphilis : ce sont ces sujets, non syphilitiques, qui sont obsédés par la crainte d'une syphilis qu'ils n'ont pas ; ce sont aussi ces sujets, syphilitiques, qui sont obsédés par la crainte d'une paralysie générale qu'ils n'ont pas, ou de toute autre conséquence, aussi imaginaire, de leur affection. Pour présenter ces obsessions hypochondriaques, il faut assurément quelque prédisposition psycho-névropathique. Mais le nombre est grand des spectateurs psycho-névropathes qui, de la représentation des *Avariés*, recueilleront quelque crainte imaginaire plutôt que l'enseignement moralisateur que M. Brieux souhaita communiquer aux spectateurs d'esprit équilibré.



Si nous avons aussi longuement insisté sur les préoccupations hypochondriaques concernant la syphilis et ses conséquences, c'est qu'elles nous semblent constituer la forme d'actualité de cette hypochondrie intellectuelle ou idéogène que tous les auteurs ont signalée.

Nul ne peut songer à nier le rôle du trouble intellectuel dans l'hypochondrie : il suffirait de rappeler le cas signalé par Ball d'une femme qui vint se plaindre à lui de souffrir de la prostate, pour affirmer que, même si cette femme éprouvait des douleurs d'origine périphérique et organique, elle présentait en même temps

un trouble intellectuel grossier dans l'interprétation de ses douleurs.

Mais la question qui reste entière, après tous ces exemples cliniques, c'est la détermination de l'importance réciproque, primitive ou secondaire, du facteur central et psychique et du facteur périphérique ou viscéral.

B. — Documents anatomo-pathologiques.

Nous avons insisté sur les lésions périphériques plus ou moins apparentes qu'on note de plus en plus fréquemment chez les hypochondriaques, en particulier sur les altérations du système nerveux grand sympathique. Chez les paralytiques généraux, nous avons indiqué quelques observations où l'on pouvait peut-être établir un rapport entre les conceptions délirantes hypochondriaques présentées pendant la vie et les lésions des fibres sympathiques observées après la mort (Laignel-Lavastine, Cazeneuve). Cazeneuve, s'appuyant sur les observations de MM. Régis et Anglade, proposait même de distinguer une *forme sympathique de la paralysie générale*, caractérisée par la coexistence de troubles viscéraux et d'idées hypochondriaques et de négation.

Mais, dans un sens inverse, d'autres auteurs pensent que l'existence des phénomènes délirants et leurs différentes modalités, au cours de la paralysie générale, sont surtout en rapport avec la localisation des lésions anatomiques *centrales*, qui, tout en étant naturellement diffuses, peuvent cependant être plus ou moins intenses et prédominer en tel ou tel point des centres psychiques. C'est ainsi que Sérieux propose de distinguer une forme *sensorielle* de la paralysie générale, caractérisée par la coexistence des phénomènes hallucinatoires et des lésions prédominantes dans la région sensorielle du cortex.

Suivant cette même conception, on a trouvé chez les paralytiques généraux hypochondriaques, des lésions dont la localisation expliquerait la couleur du délire présenté pendant la vie : Voisin et Burlureaux [1] ont insisté sur la fréquence des lésions bulbaires

(1) Voisin et Burlureaux, *De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*, 1880.

chez ces sujets. Il est vrai que les mêmes auteurs, en même temps qu'ils expliquaient l'hypochondrie par la lésion du bulbe, expliquaient la mélancolie par la lésion des couches optiques, ce que les recherches récentes ne semblent guère avoir confirmé. Toutefois, récemment, M. A. Vigouroux, qui pratique avec beaucoup de soin l'examen histologique du cerveau de tous les paralytiques généraux décédés dans son beau service de Vaucluse, nous disait avoir fait les mêmes constatations : les lésions bulbaires seraient notablement plus fréquentes chez les paralytiques à délire hypochondriaque.

Pour Luys (1), les idées hypochondriaques auraient leur origine dans les lésions cérébrales qui atteignent les centres où s'élaborent les sensations perverties irradiées de la périphérie viscérale. « Chaque partie du corps est reliée à un point particulier du centre cœnesthésique. Quand, par suite des progrès des lésions de la périencéphalite diffuse, un point quelconque du centre cœnesthésique est atteint (non par la désorganisation, mais par l'ischémie), ce point ne fonctionne plus pour un temps. Il en résulte que la partie du corps en relation avec ce point du centre cœnesthésique devient absente du moi, et le sujet, malgré ce que lui apprennent ses sens extérieurs, en nie absolument l'existence (2). »

Cette conception de Luys, bien qu'elle ne soit pas absolument récente, a le mérite de tenir compte des deux éléments, périphérique ou viscéral, et central ou psychique, qui jouent le principal rôle dans la pathogénie des idées hypochondriaques ou de négation.

Mais qu'il s'agisse de lésions centrales du cortex ou du bulbe, ou qu'il s'agisse de lésions périphériques des fibres du sympathique, les lésions signalées par les auteurs sont passibles d'un même reproche : elles ont été les unes et les autres observées chez des paralytiques généraux, c'est-à-dire au cours d'une affection par essence diffuse et atteignant toutes les parties du système nerveux, aussi bien les centres encéphaliques que les centres bulbo-médullaires ou sympathiques. A l'autopsie d'un paralytique général, la règle est de trouver des altérations partout ; il serait

(1) Cité par Séglas, *Le délire des négations.*
(2) Séglas, *loc. cit.*

surprenant qu'on n'eût pas observé des lésions dans le plexus solaire ou dans le bulbe, aussi bien qu'ailleurs. Tout est pris dans la paralysie générale ; on en est donc réduit à apprécier la prédominance des lésions en tel ou tel endroit, pour tâcher d'établir un rapport anatomo-clinique avec la forme de la maladie ou la variété du délire. Mais on peut dire que jusqu'ici l'histologie fine des centres nerveux n'a pas encore établi les lésions spécifiques de la forme hypochondriaque de la paralysie générale.

Une fois de plus, nous nous heurtons à cette difficulté du grand nombre des paralytiques généraux hypochondriaques, difficulté que nous avons déjà rencontrée dans nos tentatives expérimentales ou pour l'interprétation des faits cliniques. Une affection aussi nettement démentielle et de lésions aussi diffuses que la paralysie générale ne permet guère une analyse délicate et précise de ses symptômes ou de ses lésions.

CHAPITRE IV

LES TROUBLES CÉRÉBRAUX ET LES TROUBLES VISCÉRAUX COEXISTENT CHEZ TOUS LES HYPOCHONDRIAQUES.

Nous avons tenté d'exposer impartialement les données du problème pathogénique de l'hypochondrie et nous avons cherché à grouper les différents documents dont peuvent s'étayer l'une et l'autre des doctrines adverses. Nous voudrions examiner maintenant si ces deux doctrines sont réellement irréductibles.

Imaginons deux hypochondriaques qui pensent l'un et l'autre être atteints d'un cancer de l'estomac : — L'un est un médecin très érudit, ayant fourni une belle et laborieuse carrière, et qui s'est préoccupé de troubles gastriques survenus aux approches de la soixantaine ; successivement il a constaté qu'il perdait l'appétit, avait le dégoût de la viande, ne mangeait plus, maigrissait, pâlissait ; il s'est inquiété, a consulté des confrères amis qui vainement ont cherché à le rassurer ; le malade clairvoyant a suivi étape par étape l'évolution d'une affection qu'il avait le premier reconnue, et la mort qu'il avait prévue est venue l'atteindre en plein travail et en pleine lucidité. — L'autre est un grand débile mental, qui toute sa vie s'est préoccupé stupidement du moindre trouble éprouvé ; sans cesse il se plaint de douleurs d'estomac, de troubles dyspeptiques, déclare qu'il ne peut plus manger, qu'il n'a plus de sang, etc. Son médecin, qui le connaît bien pour avoir été maintes fois appelé à soigner des troubles imaginaires (syphilophobie, etc.) s'empresse de le persuader de l'inanité de ses nouvelles préoccupations ; et, quand, un jour, le malade se déclare atteint d'un cancer de l'estomac, il ne rencontre que des incrédules. Les troubles mentaux s'aggravant, on le transporte à l'asile d'aliénés,

où il continue à maigrir, se cachectise et meurt d'un très authentique cancer de l'estomac constaté à l'autopsie.

Ces deux cas ne sont pas très différents l'un de l'autre; une même affection a déterminé chez deux sujets des préoccupations identiques, dont seule l'interprétation différa comme différaient les deux cerveaux en cause. — Or ces deux malades n'ont pas été imaginés pour le plaisir de les rapprocher en une antithèse : l'évocation de la mort sereine du premier suffirait à le faire reconnaître de ses nombreux élèves et amis; et, quant au second, il s'agit d'un malade dont M. Vigouroux, qui l'eut dans son service, a rapporté l'histoire (1). — Le rapprochement de ces deux authentiques observations montre bien la part de l'élément psychique dans la genèse de l'idée hypochondriaque : il suffit d'une mentalité différente pour que, dans le premier cas, les préoccupations restent légitimes, non excessives et sans réaction affective morbide, tandis que, dans le second cas, des inquiétudes ayant le même fondement organique, se transforment rapidement en troubles mentaux caractérisés et nécessitant l'internement.

Dans un livre très intéressant sur l'*Analyse mentale*, premier volume d'une série annoncée de quatre volumes (*La logique morbide*), MM. Vaschide et Vurpas, à l'aide de très curieuses observations d'hypochondriaques et de négateurs, ont tenté récemment de faire le procès de toutes les formes d'*introspection* somatique ou psychique (2). Une conclusion domine tout le livre qu'il semble difficile d'accepter sans réserves : « L'homme normal doit user le moins possible de son analyse mentale... Vivre sans s'étudier est normal... L'homme normal est celui qui marche dans la vie sans encombres vers son but suprême, sa fin biologique, celui qui passe son temps sans savoir ce qu'il est, ce qu'il fait, ce qu'il va devenir, usant le moins possible de son pouvoir d'analyse subjective. » Ainsi se trouve exprimée, en vingt endroits répétée, cette idée du danger de l'analyse mentale. Sur ce point particulier, les auteurs se sont laissé emporter par la spécialisation de leurs études de logique morbide : pour qu'une malade s'étonne

(1) Vigouroux et Collet, *Soc. médico-psychol.*, 29 mai 1905.

(2) Vaschide et Vurpas, *La logique morbide : I. L'analyse mentale.* 1 vol. 270 pages. *Soc. d'éditions scientif. et littéraires.* Paris, 1903, (Préface par Th. Ribot, de l'Institut).

que ses dents ne puissent bouger dans leurs alvéoles (Obs. I.) et organise autour de cette idée et d'autres semblables un délire par introspection somatique, il faut qu'elle ait de ses organes une connaissance très imparfaite. L'homme instruit sera donc à l'abri d'un tel délire ; et il ne semble pas véritablement qu'il y ait lieu de proscrire spécialement l'analyse mentale, mécanisme très normal d'une pensée bien équilibrée, parce que, dans certains cas, elle peut présenter des troubles pathologiques, comme toutes les autres fonctions normales de l'organisme.

Il ne suffit pas de s'analyser pour devenir hypochondriaque. Les légitimes inquiétudes du médecin qui se reconnaît atteint d'un cancer de l'estomac n'ont aucun caractère morbide ; et c'est précisément parce qu'il a des connaissances suffisantes pour analyser et interpréter les différents symptômes qu'il éprouve que le diagnostic exact peut être porté par lui-même. — Au contraire, la malade de Vaschide et de Vurpas, qui s'étonne que ses dents ne puissent bouger dans leurs alvéoles et en conclut que ses dents sont en fer, qu'elle-même est en fer, etc., pèche surtout par ignorance grossière. Ses interprétations délirantes à l'occasion d'un fait estimé à tort anormal n'établissent que sa débilité mentale manifeste ; on n'en saurait conclure que toute analyse mentale puisse avoir les mêmes conséquences morbides. Le médecin qui se reconnaît justement cancéreux et la femme débile qui se croit en fer se sont servis l'un et l'autre de l'analyse mentale ; mais ils ont employé pour cela des instruments de qualité différente qui ont permis au premier un jugement et un raisonnement exacts, tandis que la seconde ne pouvait aboutir, avec son cerveau débile, qu'à des interprétations délirantes absurdes.

En résumé, nous pensons que l'analyse mentale, ou introspection, joue un rôle important dans la genèse de l'idée hypochondriaque, mais qu'elle est insuffisante à la créer. Pour qu'il y ait analyse mentale, normale ou morbide, il faut qu'il y ait quelque chose à analyser, c'est-à-dire des sensations physiologiques ou pathologiques. L'hypochondrie n'est pas qu'un « *délire par introspection somatique* », c'est l'interprétation par un cerveau prédisposé à l'introspection de troubles somatiques réels.

C'est ici qu'il faut rappeler les conclusions de Head qui concernent, il est vrai, des *non-aliénés*. Mais il n'est pas plus illogique

d'expliquer un fait pathologique par un fait physiologique correspondant, que d'employer le procédé inverse.

Normalement, dit Head, la vie viscérale est en dehors de la conscience. Parfois elle peut causer quelque légère altération de notre ton affectif; mais nous restons ignorants de sa provenance et des activités physiques qui lui donnèrent naissance. Mais la douleur viscérale réfléchie apparaît, et dès lors le changement est complet; les sensations produites par l'activité normale des viscères se pressent dans la conscience, usurpant le champ central de l'attention.

« Le traumatisme d'un membre, une brûlure occupent bien aussi l'attention, mais n'apportent rien avec eux : si la conscience est troublée, elle l'est par la douleur et par la douleur seulement. — Au contraire, la douleur viscérale réfléchie apporte à sa suite toutes ces images et dispositions qui normalement restaient au bord ou tout à fait en dehors de la conscience et qui maintenant remontent à la surface. »

Négligeons l'hypothèse si intéressante de Head qui fait de la *douleur viscérale réfléchie* le facteur indispensable objectivant sur la paroi une douleur profonde, restée jusque-là subconsciente, et permettant à l'attention de se fixer sur ce point douloureux désormais extériorisé. La conception reste exacte, même si l'on admet que c'est un autre facteur qui tire du champ de la subconscience végétative quelque sensation viscérale. En tout cas l'introspection ne peut s'exercer que sur un fait existant et conscient, quel qu'il soit. Il serait puéril de rechercher lequel l'emporte sur l'autre du phénomène viscéral ou de l'analyse mentale qui s'en empare ; il apparaît nettement que l'un et l'autre sont également indispensables.

Sans doute Ribot a pu dire que « le seul fait de fixer son attention sur une partie du corps : le cœur, l'estomac, la vessie, les intestins, amène à la conscience des sensations insolites. ... Sir J. Brodie affirme qu'il pouvait ressentir une douleur dans une région quelconque de son corps en fixant fortement sur elle son attention. »

Reyne, qui cite cette opinion dans sa thèse, déclare très justement qu'il n'est peut-être pas donné à tout le monde de pouvoir imiter Sir J. Brodie. Mais il propose une petite expérience aussi concluante et plus générale :

« Qu'on choisisse, dit-il, étant couché, un de ces moments de profond bien-être, si fréquents au moment du lever, par exemple, et qu'après avoir constaté qu'on était vraiment bien, on se représente avec conviction qu'au fond on n'est pas aussi bien qu'on le croyait, que les draps pressent sur les ongles des orteils d'une façon pénible, presque douloureuse, que la tête est trop fléchie sur le tronc, que le poids des couvertures repose sur toute la poitrine, gêne la respiration ; et si, sous l'empire du malaise qui vous saisit à ce moment-là, on ne recherche pas immédiatement une position meilleure, c'est que l'on est doué d'une forte volonté et d'un réel courage contre les sensations pénibles. »

Ces petites épreuves réussiront surtout sur ces sujets que Romberg appela si justement des « *virtuoses de leurs nerfs sensibles* » ; et il est bien entendu que l'hypertrophie de l'attention peut renforcer une sensation, qu'inversement diminuera la distraction. Mais il reste à démontrer que l'attention, même hypertrophiée, puisse créer de toutes pièces des troubles de la sensibilité générale. Dans l'expérience proposée par Reyne, l'introspection n'est pas seule à agir ; réellement la tête est fléchie sur le tronc, réellement les couvertures pèsent sur la poitrine et gênent la respiration. L'analyse mentale de ces diverses sensations, si elle en exagère le caractère pénible, jusqu'alors subconscient, ne crée pas ces sensations qui existaient hors du champ de la conscience bien avant que l'introspection vînt les en tirer.

En réalité, tous les documents anatomiques, cliniques ou thérapeutiques accumulés de part et d'autre, toutes les expériences psycho-physiologiques ne peuvent que démontrer l'égale nécessité des deux facteurs psychique et viscéral dans la genèse de l'idée hypochondriaque.

Pour que naisse l'idée hypochondriaque, deux conditions sont nécessaires et suffisantes :

1° Il faut un ***tempérament hypochondriaque***, c'est-à-dire une aptitude, plus souvent héréditaire qu'acquise, une tendance *constitutionnelle* spéciale, qui porte le sujet à délirer, ou, tout au moins, à verser dans le sens hypochondriaque;

2° Il faut des ***troubles cœnesthésiques***, c'est-à-dire le plus souvent des troubles de la sensibilité générale, avec ou sans

lésions du système grand sympathique, mais relevant toujours de son domaine, troubles acquis, *accidentels*.

Ces deux conditions sont aussi nécessaires l'une que l'autre. Jusqu'ici tout le monde admettait bien la réalité de chacune d'elles dans tel et tel cas; mais tout le monde les séparait, les opposait, les jugeait incompatibles.

C'est ainsi que Wollenberg distinguait tout récemment encore une *hypochondrie constitutionnelle* et une *hypochondrie accidentelle*, et donnait pour base à cette distinction des observations cliniques indiscutables :

1° Le type de l'hypochondrie *constitutionnelle*, d'après Wollenberg, c'est celle qui survient souvent de bonne heure (une observation de Westphall concerne un garçon de douze ans) chez des excentriques ou des déséquilibrés de la vie émotive, intellectuelle ou volontaire; sur ce fond dégénératif, l'apparition des états hypochondriaques ne reconnaît pas de moments étiologiques bien caractérisés : un malade se croit atteint tour à tour de phtisie, d'une affection de la moelle, d'anémie, etc.; il épuise la série de toutes les maladies connues, examine ses yeux, sa langue, ses selles, se soumet à des régimes sévères; mais les troubles pour lesquels il ne cesse de consulter médecins et charlatans restent infiniment variés et changeants. Il s'agit là d'un état morbide exclusivement chronique, pouvant évoluer, il est vrai, avec des rémissions et des exacerbations; mais jamais le malade ne cessera de « *penser d'une manière hypochondriaque* »; et toujours le médecin devra songer que la rémission qu'il constate sera sans doute suivie de quelque nouvelle exacerbation.

2° Au contraire, dans l'hypochondrie *accidentelle*, on peut déceler, d'après Wollenberg, des moments étiologiques suffisamment nets. Tantôt ce sont des causes d'*épuentisme* physique ou moral; telles sont les diverses affections qui laissent après elles un affaiblissement de tout l'organisme : maladies chroniques de l'appareil digestif ou sexuel, du cœur, des reins ou des poumons, chlorose, bradytrophies, infections aiguës à convalescence prolongée, comme la grippe, etc.; le surmenage, le travail intellectuel ou physique non interrompu, l'onanisme, les émotions dépressives agissent de la même façon, en provoquant un état d'épuisement, sur lequel viennent se développer les manifestations hypochondriaques.

Tantôt ce sont des *troubles de la cœnesthésie* qui fournissent directement les matériaux aux sensations et représentations hypochondriaques, se traduisant en clinique sous des formes aussi variées que peuvent l'être ces diverses sensations. L'hypochondrie accidentelle correspond assez bien à ce qu'on appelle en clinique l'hypochondrie neurasthénique, à évolution ordinairement subaiguë, et pouvant guérir dans les cas où la prédisposition psychonévropathique est minime et où les troubles neurasthéniques peuvent être l'objet d'un traitement spécial efficace.

La distinction de Wollenberg est très légitime et se justifie par de nombreuses observations. Mais le professeur de Tübingen a pris soin de déclarer qu'aucune frontière nettement limitée ne sépare l'hypochondrie constitutionnelle de l'hypochondrie accidentelle, qu'unissent au contraire des formes de transition, difficiles à catégoriser. — Mais, à bien y regarder, toutes les formes observées ne sont-elles pas de transition ? — Dans la plus *constitutionnelle* des hypochondries, on peut trouver des moments étiologiques semblables à ceux de l'hypochondrie accidentelle ; Wollenberg lui-même le reconnaît ; mais déclarer que ces causes, déterminantes dans la seconde forme, ne sont ici qu'occasionnelles, ne suffit pas à résoudre la difficulté. — Il est vrai que, réciproquement, il n'est guère d'hypochondriaque, aussi *accidentel* soit-il, qui n'ait présenté quelques signes d'une prédisposition nullement différente de celle qu'on trouve à la base de l'hypochondrie constitutionnelle.

Une telle distinction peut être conservée, car elle est tout à fait conforme à l'observation clinique. Mais, au point de vue pathogénique qui nous occupe, il importe de préciser que le qualificatif désignant chacune des formes indique seulement la prédominance d'un des deux facteurs, constitutionnel ou accidentel, mais non pas l'exclusion de l'autre. Il y a des formes d'hypochondrie où prédominent manifestement les troubles de la cœnesthésie ; il y en a, au contraire, où le tempérament hypochondriaque domine toute la scène morbide. Mais, dans l'un et l'autre cas, le facteur psychique, constitutionnel, ou le facteur viscéral, accidentel, ne sont pas seuls en cause ; ils ne s'excluent pas ; ils coexistent ; mais ils s'opposent, en ce sens que *leur importance relative s'exerce en raison inverse l'une de l'autre :* — chez un débile, manifestement

prédisposé, des troubles cœnesthésiques, si minimes qu'ils passeront souvent inaperçus, pourront suffire à déterminer les conceptions hypochondriaques ; — au contraire, des troubles viscéraux assez accentués pourront faire naître des préoccupations hypochondriaques sur un cerveau presque valide.

Dans chacun de ces cas extrêmes, l'un des moments étiologiques est très apparent, l'autre reste au second plan, à peine reconnu. Toujours l'un et l'autre sont présents, suffisants et *nécessaires*, mais se manifestant *en raison inverse l'un de l'autre* : quand les phénomènes viscéraux s'atténuent, l'aptitude hypochondriaque augmente, et inversement.

Pour que naisse l'idée hypochondriaque, les deux éléments, viscéral et psychique, sont aussi indispensables l'un que l'autre :

A. — *Il n'y a pas d'hypochondrie purement intellectuelle*, exclusivement idéogène. Même les préoccupations hypochondriaques des jeunes étudiants en médecine ou des médecins reposent sur quelque phénomène morbide servant à les localiser de préférence en tel ou tel point de l'organisme : — si tel étudiant se croit tuberculeux, c'est qu'il toussa longtemps l'hiver dernier à la suite d'une grippe ; — si tel autre se croit syphilitique, ce n'est pas sans avoir quelque bouton sur la peau ; — enfin, notre médecin ancien syphilitique, qui se croit paralytique général, n'a pas que des préoccupations sans fondement : il n'est pas paralytique général assurément, mais il a un signe qui s'observe au cours de cette affection, l'inégalité pupillaire; il n'a certes pas d'embarras caractéristique de la parole, mais, sous l'influence de l'émotion, il bredouille réellement. Son erreur est une erreur de jugement et de critique ; mais son interprétation fausse porte sur des faits réellement existants. — Ainsi, même dans les cas en apparence les plus typiques, l'élément intellectuel, si prédominant soit-il, n'exclut pas l'élément périphérique, réduit souvent à sa plus simple expression, mais toujours indispensable, ne serait-ce que pour diriger en un certain sens, ou pour localiser en une certaine région, l'introspection somatique.

B. — De même, *il n'y a pas d'hypochondrie purement symptomatique* d'une lésion organique qui puisse se développer sur un

cerveau absolument sain. La recherche soigneuse des tares psycho-névropathiques héréditaires et acquises ne nous laisse plus guère observer les psychoses du *cerebrum validum* des anciens auteurs. Dans la plus accidentelle des maladies mentales, la paralysie générale, la prédisposition ne perd pas ses droits (Joffroy, Rogues de Fursac, etc.); et il est remarquable que les paralytiques généraux à délire expansif n'ont pas le même caractère antérieur que ceux qui présentent la forme dépressive (Péridier). Ici encore nous trouvons réunis chez un même malade, paralytique général tabétiforme, la constitution hypochondriaque ayant existé de tout temps, et les douleurs fulgurantes, symptôme accidentel, qu'il interprètera dans le sens de sa mentalité antérieure. Nous avons déjà eu l'occasion de citer à plusieurs reprises l'histoire d'un paralytique général pris longtemps pour un hypochondriaque systématisé, et dont les conceptions délirantes s'adaptaient parfois à des troubles somatiques intercurrents : une amygdalite intense, par exemple, lui faisait penser qu'il avait réellement un chat dans la gorge. Or ce paralytique général hypochondriaque avait été toute sa vie préoccupé de sa santé physique, en particulier des fonctions de son estomac : « depuis 20 ans, nous disait sa femme, les médecins le traitaient pour de la neurasthénie. » — Ainsi, même dans les cas d'hypochondrie *cum materia* les plus manifestes, il ne faut pas se hâter de conclure que l'élément psychique est sans action : même chez les paralytiques généraux, l'influence de la constitution psychique antérieure à la maladie garde son influence sur l'orientation et la couleur du délire ; les formes dépressives de la paralysie générale réclament aussi la coexistence des deux éléments, central et périphérique, par exemple, d'une mentalité hypochondriaque et de quelque phénomène viscéralgique capable de localiser les conceptions délirantes.

Tous les documents que nous avons groupés sous deux doctrines adverses, et paraissant irréductibles, gardent les uns et les autres leur valeur, si l'on veut bien considérer qu'ils ne s'excluent pas, mais que simplement leur influence s'exerce avec une importance variable : la prédominance de l'un des deux facteurs étiologiques diminue l'importance de l'autre, mais sans jamais l'annihiler. Il ne suffit pas d'avoir un cancer dans l'estomac pour devenir hypochondriaque, il faut encore avoir un cerveau particulier. Mais il

ne suffit pas non plus d'avoir ce cerveau prédisposé pour devenir hypochondriaque ; il faut en outre quelque sensation anormale capable d'alimenter l'aptitude délirante.

C'est à bon droit que Dubois (de Berne) insiste sur le rôle tout-puissant du psychisme dans la formation de toute une classe de préoccupations hypochondriaques. — Mais peut-être ce même auteur a-t-il tort de négliger de parti pris la recherche des symptômes organiques périphériques, parce que, dit-il, « les constater, c'est les faire naître. »

A bon droit également Head a marqué l'importance, au cours des affections viscérales, des modifications de la sensibilité pariétale qui donnent une forme objective à ces douleurs internes, les transportent dans le champ de la claire conscience et provoquent ainsi de légères modifications de l'humeur (état de dépression, de mal-être, d'inquiétude) chez des sujets dont la prédisposition psycho-névropathique n'est nullement apparente. — Mais à tort sans doute Gamble, exagérant et déformant la pensée de Head, a pu penser qu'une grande partie des aliénés souffraient d'affections viscérales responsables de leurs troubles mentaux.

Les deux protagonistes contemporains qu'un peu arbitrairement nous avons choisis pour représenter chacune des vieilles doctrines pathogéniques de l'hypochondrie, peuvent s'accorder et terminer enfin l'antique querelle, s'ils veulent bien abdiquer les quelques conclusions outrancières et exclusives auxquelles les entraîna la défense d'opinions également justifiées.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE L'HYPOCHONDRIE

L'aridité de ces discussions pathogéniques comporte heureusement quelques sanctions pratiques, d'une utilité incontestable, puisque thérapeutique.

En effet, tant que les auteurs ont adopté l'une ou l'autre des deux théories adverses et exclusives de l'hypochondrie, ils en ont tiré des méthodes de traitement également contraires, négligeant de parti pris tout ce qu'il pouvait y avoir de bon dans la méthode opposée à celle qu'ils adoptaient. — Faut-il soigner le cerveau ou faut-il soigner l'estomac? — Tel est le problème qui se pose à la fin de chaque étude pathogénique de l'hypochondrie.

— « L'impulsion thérapeutique sera idéogène et non somatogène [1], » disent les uns.

— « L'hystérie, fille de l'idée, doit guérir par l'idée, ripostent les autres ; mais la neurasthénie, fille de la fatigue, doit guérir par la médication tonique, méthodiquement appliquée [2]. »

Ainsi les partisans du traitement moral de l'hypochondrie s'entêtent à ne pas voir l'utilité, dans certains cas, d'un traitement physique, local ou général. Et, de même, chaque spécialiste (gynécologue, gastrologue, électrothérapeute, laryngologiste, dentiste, chirurgien, etc.) omet le plus souvent de s'occuper du cerveau malade, qui interprète et grossit les troubles locaux qu'envisage isolément le thérapeute.

I. — **Le traitement moral.** — Sur un point, tout le monde est d'accord : « Pas d'ironie ! » recommande Cotard. Et déjà Georget avait insisté sur l'attitude du médecin et de l'entourage à l'égard

(1) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 186.
(2) M. de Fleury, *loc. cit.*, p. 266.

des hypochondriaques : « Ce qui fait beaucoup de mal à ces infortunés, et ce qui suffirait quelquefois pour les porter à prendre une funeste détermination, c'est de les traiter de *malades imaginaires*, de leur répéter sans cesse qu'ils s'écoutent trop ; qu'ils manquent de volonté et de courage ; que, s'ils voulaient, ils chasseraient l'ennui et la tristesse, qu'ils ne se contrarieraient point pour les motifs les plus légers, et se livreraient à leurs occupations habituelles. Ces reproches sont très mal fondés, et ces conseils fort inutiles ; les uns et les autres irritent les malades, les désespèrent et leur donnent des paroxysmes. Les hypochondriaques souffrent réellement et beaucoup, et les désordres de leurs facultés sensitives ne sont que trop positifs (1). »

Ces préceptes gardent encore aujourd'hui toute leur exactitude. S'ils sont bien connus de tous les aliénistes et neurologistes, habitués à cette clientèle spéciale, en revanche les différents médecins spécialistes les négligent trop souvent : l'ironie de certaines négations inopportunes les prive alors de confidences qui leur auraient montré précisément la grande part de l'élément psychique dans le grossissement de la lésion locale pour laquelle on vient les consulter. Écouter patiemment le malade et ne le contredire jamais *à priori*, telle est la méthode indispensable pour gagner sa confiance et atteindre cette puissance psychothérapeutique exagérée par certains, mais reconnue de tous.

A cet égard, Dubois (de Berne), l'apôtre contemporain du traitement moral exclusif des psychonévroses, ne parle pas un autre langage que celui de Georget. Celui-ci remarque, par exemple, qu'une foule d'hypochondriaques « ont à peine suspendu les occupations qui les fatiguent et les tourmentent, mis le pied dans une voiture pour faire un voyage, qu'ils ne se ressentent plus des maux dont ils se plaignaient depuis nombre d'années (2)... Conçoit-on, en admettant que l'hypochondrie soit une *phlegmasie*, qu'un hypochondriaque qui souffre depuis des années soit subitement délivré de tous ses maux s'il quitte les travaux qui le fatiguent, s'il met le pied dans une voiture pour aller en voyage ou se récréer à la campagne ? » (3).

(1) Georget, *Dictionnaire de médecine*, (en 30 vol.). 1837, t. XVI, p. 125.
(2) Georget, *loc. cit.*, p. 130.
(3) *Loc. cit.*, p. 136.

Et Dubois (de Berne) développe la même opinion :

« C'est à ces *psychonévroses*, à ce *nervosisme* que s'applique tout particulièrement le traitement psychothérapique...

... « *Le nervosisme est un mal avant tout psychique et à mal psychique il faut traitement psychique* (1).

... « Si le caractère rebelle de bien des vésanies rend souvent illusoire ce traitement de l'esprit, la psychothérapie est au contraire toute-puissante quand il s'agit de ces psychoses au petit pied qui s'appellent neurasthénie, hystérie, *hypochondrie*, déséquilibre. La raison n'est pas intacte, nous le verrons, dans ces états relativement bénins ; mais, bien plus que le vésanique, le malade reste accessible à l'influence morale. La persuasion par voie logique est ici une baguette magique.

« Le trouble mental paraît ici si léger qu'on se refuse, dans le public, à voir le lien qui rattache ce nervosisme aux vésanies ; les médecins eux-mêmes ne reconnaissent pas toujours cette étroite parenté. D'un autre côté, j'ai montré combien peu ces psychopathies diffèrent de l'état normal, si bien qu'on se demande souvent si ce sont des maladies.

... « Quand le mal a des origines somatiques, je dirai que c'est regrettable, car nous ne connaissons pas la cause intime qui vient troubler le fonctionnement cérébral et nous sommes bien désarmés vis-à-vis de ces psychoses constitutionnelles.

« On ne doit admettre la matérialité du mal qu'à la dernière extrémité. La question de savoir si les psychonévroses et les psychoses reconnaissent une origine somatique ou si elles dépendent de la vie de l'âme n'a pas beaucoup d'importance pratique. Elle en prendrait une énorme aussitôt que l'on découvrirait la toxine qui produit ces états et qu'on pourrait la neutraliser (2).

« Les psychonévroses sont des psychopathies ; elles confinent d'un côté aux vésanies, de l'autre à l'état que nous appelons normal. Il n'y a guère plus de danger pour ces malades de tomber dans l'aliénation que pour nous, hommes sains, de tomber dans la neurasthénie (3).

(1) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 20.
(2) *Loc. cit.*, p. 109.
(3) *Loc. cit.*, p. 540.

« Ces états peuvent se montrer isolés... ou se mêler à la symptomatologie de toutes les maladies chirurgicales et médicales, à la souffrance humaine sous toutes ses formes et à tous ses degrés... *La souffrance est toujours psychique* [1].

« Tout en reconnaissant dans la neurasthénie des symptômes corporels justiciables, dans une certaine mesure, d'un traitement hygiénique, j'insiste sur le caractère psychasthénique de cette affection... Il faut être avant tout psychologue et moraliste, plus encore que clinicien [2]. »

Georget et Dubois (de Berne) sont d'accord sur l'utilité du traitement moral de l'hypochondrie. Mais Georget estimait que certains remèdes pouvaient être employés, sinon pour alléger directement les souffrances des hypochondriaques, du moins pour calmer leur imagination : « Les malades veulent des drogues : formulez, écrivez les prescriptions ; enfin donnez sous toutes les formes l'eau et les médicaments peu actifs, et même des substances inertes » [3]. Cette méthode est encore assez en faveur aujourd'hui et l'on recourt volontiers à la puissance suggestive des pilules de *mica panis* ou des gouttes d'*aqua stillata*.

... « Il faut, ajoute encore Georget, leur prescrire des règles de conduite bien positives, surtout bien détaillées et par écrit : ces malades veulent savoir au juste ce qu'ils doivent faire, pour ainsi dire, à chaque minute, et avec une rigoureuse précision [4]. »

Au contraire, Dubois (de Berne) pousse l'intransigeance jusqu'à déclarer que soigner l'estomac, le cœur ou l'organe quelconque dont se plaignent les hypochondriaques, c'est donner une base à leurs craintes [5]. Les spécialistes des maladies de l'estomac pratiquent, suivant cet auteur, une véritable *culture de l'hypochondrie gastrique* [6]. Et, comme exemple à l'appui, il rappelle l'auto-observation de Barras[7], médecin d'origine suisse, qui fut longtemps une victime de la médication antiphlogistique

(1) *Loc. cit.*, p. 541.
(2) *Loc. cit.*, p. 198.
(3) Georget, *loc. cit.*, p. 149.
(4) *Loc. cit.*, p. 145.
(5) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 544.
(6) *Loc. cit.*, p. 303.
(7) *Traité sur les gastralgies et entécalgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*, Paris, 1820.

de Broussais et qui guérit, en dépit de ses médecins, du jour où la tuberculose pulmonaire de sa fille le contraignit de ne plus penser qu'à celle-ci et d'oublier son estomac.

« On compte trop sur le repos, la bonne nourriture, le grand air, ajoute encore Dubois (de Berne); on ne fait qu'une psychothérapie insuffisante, on oublie le conseil de Pinel : réveiller chez le malade, même quand il est aliéné, le travail de réflexion logique (1). »

Quant aux agents physiques, c'est tout simplement, pour le médecin bernois, une nouvelle superstition qui a remplacé l'ancienne croyance aux médicaments : « c'est être un petit hypochondre, un *salutiste* que de rechercher le bien-être physique par des ablutions froides, des douches, des frictions, un régime savamment combiné, une réglementation pédante des habitudes de vie, — en en faisant défendre par surcroît l'euphorie morale. La véritable hygiène consiste à se laisser vivre avec une imperturbable confiance dans sa résistance... (2)

« On voit quelquefois les psychiatres appliquer des médications narcotiques, les calmants, les procédés hydrothérapiques à des cas de simple neurasthénie, ou d'*hypochondrie* à symptômes hypomélancoliques. *Une conversation intime avec ces malades-là vaut mieux que les bains, les douches ou le chloral* (3).

... « C'est par manque de courage, de persévérance, que nous péchons dans le traitement de ces psycho-névroses (4). »

Dans toute cette psychothérapie, il n'est question que d'une action suggestive à l'état de veille, et Dubois (de Berne) avoue qu'il n'eut pas le courage de recourir à cette « *vivisection morale* » qu'est l'hypnotisme. « La médecine du XXe siècle renoncera, dit cet auteur, aux puérilités de l'hypnotisme et de la suggestion pour en revenir à l'éducation de l'esprit (5). »

D'ailleurs, Schnyder a noté la suggestibilité négative des hypochondriaques; et il y a dans ce fait une objection aussi bien à la suggestion à l'état de veille qu'à la suggestion hypnotique (6).

(1) *Loc. cit.*, p. 516.
(2) *Loc. cit.*, p. 515.
(3) *Loc. cit.*, p. 26.
(4) *Loc. cit.*, p. 242.
(5) *Loc. cit.*, p. 113.
(6) SCHNYDER, *XIVe Congrès des aliénistes et neurologistes*. Pau, 1904.

II. — Le traitement physique. — Dubois (de Berne) pense que si les aliénistes ne guérissent pas plus souvent leurs hypochondriaques, c'est qu'ils sont de mauvais psychothérapeutes, manquant de courage et de persévérance. Mais cette opinion ne saurait être acceptée sans quelque protestation, et bien des auteurs ont pris soin de la réfuter.

Par exemple, Sollier s'exprime ainsi sur le traitement des hypochondriaques :

... « On ne doit pas se figurer leur ôter leurs idées avec une simple affirmation. Convaincus en apparence sur le premier moment, et s'en montrant très joyeux, ils ne tardent pas le lendemain, le soir même, à délirer de plus belle sur le même point ou sur un autre, dès qu'ils ont découvert dans votre discours la contradiction ou relevé le moindre oubli dans leur examen. Ce n'est pas en effet l'idée elle-même qu'il faut déraciner, mais soigner le terrain sur lequel elle a pu pousser.

... « Les pires hypochondriaques sont les médecins. Il semble qu'alors tout ce qu'ils savent ne serve qu'à interpréter plus faussement toutes leurs sensations, tant il est vrai que la raison ne prévaut jamais contre le sentiment.

... « On perd son temps à les raisonner. Pour admettre vos raisonnements, il faudrait qu'ils ne fussent pas malades... Il en est d'eux comme des hallucinés auxquels on ne peut jamais prouver qu'ils sont hallucinés. Ce n'est pas l'hallucination qu'il faut détruire, c'est le cerveau qui la crée qu'il faut modifier.

... « Il faut, dans le traitement de l'hypochondrie, partir de ce point de vue, qu'elle est toujours une maladie somatique, que le malade interprète seulement d'une manière fausse ou exagérée [1]. »

Par conséquent, cette maladie somatique qui est à l'origine de l'idée hypochondriaque, il y a véritablement intérêt à la traiter d'une manière particulière. « S'il n'y a pas d'indications spéciales de médicaments, dit encore Sollier, on peut en donner de fictifs, mais le plus souvent on a un *point de départ* pour les prescriptions médicamenteuses dans les maladies corporelles causales concomitantes : dyspepsie, troubles génésiques, neurasthénie, qu'on traite alors suivant les règles de la pathologie ordinaire. »

(1) Sollier, Séméiologie des maladies mentales, p. 290. — Voir aussi la conférence du même auteur à la *Société de l'Internat. Arch. gén. de méd.*, 1905.

Comme traitement général, on utilisera tantôt les toniques et les stimulants ordinaires du système nerveux (strychnine, arsenic), tantôt les sédatifs (bains[1]), douches, hypnotiques). Il n'y a là rien de bien spécial à l'hypochondrie; et le traitement général variera nécessairement avec les diverses variétés nosologiques de l'affection.

Dubois (de Berne) lui-même, malgré son intransigeance au sujet du traitement moral exclusif des psychonévroses, reconnaît « qu'un malade qui aura supporté le régime de la suralimentation sera à tout jamais délivré de ses craintes hypochondriaques. » — Dans d'autres cas, le repos au lit, le massage léger (Weir Mitchell), l'électricité faradique pourront rendre des services.

La question de l'*isolement* et de l'*internement* des hypochondriaques est particulièrement délicate. Sans partager l'opinion vraiment trop partiale de Dubois (de Berne), lequel pense qu' « il serait fâcheux qu'on entassât dans les asiles tous ces malheureux [2] », on peut estimer que l'internement ne s'impose pas toujours avec une égale urgence, sauf dans les formes anxieuses ou à idées de suicide. Nous avons déjà fait remarquer que le plus grand nombre des hypochondriaques vivaient en liberté, assiégeant les consultations des médecins, spécialistes ou non, se faisant cureter l'utérus ou s'asseyant sur le tabouret électrique, etc. Pour quelques-uns d'entre eux dont l'anxiété justifierait l'internement, beaucoup vivent encore, malgré leurs légers troubles mentaux, d'une vie sociale assez régulière et normale. L'isolement par lui-même ne saurait agir sur l'idée hypochondriaque, augmentant plutôt la tendance au repliement sur soi-même, à l'analyse mentale, à l'introspection. Quand l'isolement s'impose, il doit être aussi court que possible. Au contraire, comme action psychique, il faut compter plutôt sur les *distractions*, si fréquemment vantées par l'entourage des malades dans le traitement de tous les états hypochondriaques, mais particulièrement justiciables ici : en effet, il suffit de se rappeler avec quelle fréquence on voit se développer des états hypochondriaques chez les anciens commerçants ou

(1) Kisch, *The balneotherapy in the Hypochondrie*, *W. Gorther med. Press.* 1888, p. 101-104.

(2) *Loc cit.*, p. 226.

industriels retirés des affaires, pour comprendre l'utilité de remplacer par une *activité de jeu* (H. Spencer) l'ancienne activité utilitaire. A cet égard, les voyages, la marche à pied, l'équitation, et, d'une manière générale, la pratique de tous les sports, pourront servir d'utiles adjuvants dans le traitement des hypochondriaques. Sans doute les distractions ne devront jamais constituer une fatigue, sans doute aussi les voyages n'ont pas toujours l'action curative que leur prêtait Georget, et le type classique de Jack Spleen, éternel voyageur hypochondriaque, suffirait à affirmer l'impuissance en certains cas de cette méthode exclusive de traitement. Il reste pourtant acquis que le spectacle des misères humaines, en réveillant l'altruisme d'un hypochondriaque, peut réaliser une utile diversion à ses préoccupations uniquement égoïstes ; Jean-Jacques Rousseau avait déjà constaté qu'en s'occupant des autres on oubliait plus facilement ses maux propres.

En résumé, nous pensons qu'il faut se garder de tout exclusivisme doctrinal aussi bien pour la thérapeutique que pour la pathogénie de l'idée hypochondriaque : le seul traitement moral ne saurait convenir à un trouble mental relevant toujours de deux facteurs étiologiques, psychique et viscéral ; l'efficacité d'un traitement physique isolé est aussi peu défendable. Mais ce qu'il faut reconnaître, c'est que, suivant les différents cas, le traitement moral prendra sur l'autre méthode thérapeutique une prépondérance incontestable et réciproquement. Chaque auteur ne voit qu'une catégorie de malades, et toujours la même : — Dubois (de Berne) ne voit guère que des hypochondriaques neurasthéniques à troubles somatiques très légers et qui viennent surtout chercher le réconfort moral qui leur manque ; de tels malades expliquent les cures merveilleuses obtenues par l'heureuse et sereine philosophie du médecin suisse ; — mais les aliénistes voient des hypochondriaques infiniment plus graves, à prédisposition psychonévropathique beaucoup plus marquée et dont les troubles cœnesthésiques résistent à toute « conversation intime », à tout essai de « persuasion par voie logique ».

Pour expliquer le succès variable des méthodes thérapeutiques exclusives de l'hypochondrie, il faut s'en rapporter à la pathogénie et conclure que dans certains cas, peut-être plus fréquents qu'on ne l'admet classiquement, et où les troubles hypochondria-

ques sont nettement en rapport avec des lésions périphériques et viscérales, interprétées par un cerveau dont la prédisposition hypochondriaque est à peine différente de l'état normal, un traitement local approprié pourra parfaitement amener la prompte régression des troubles psychiques. — Mais, chez un grand nombre d'hypochondriaques, les troubles viscéraux et sympathiques sont réduits au minimum ; le seul traitement moral pourra être opposé à la constitution psychique prédominante, avec un succès qui variera suivant l'ancienneté constitutionnelle de l'aptitude hypochondriaque.

Ce n'est que par une analyse soigneuse et approfondie de chaque cas particulier qu'on pourra préciser les indications thérapeutiques : il faudra rechercher les antécédents héréditaires et personnels du sujet, l'existence dès l'enfance du tempérament hypochondriaque, ses réactions aux différents événements de sa vie antérieure; puis on analysera soigneusement sa mentalité présente, sa force de résistance aux idées délirantes, son degré de croyance aux conceptions hypochondriaques et sa manière de réagir à l'égard de ces troubles mentaux ; enfin on pratiquera un examen somatique soigneux : tous les appareils seront passés en revue ; on insistera sur les troubles subjectifs ou objectifs de la sensibilité et on mettra en œuvre toutes les méthodes d'investigation clinique, seules capables d'établir le plus ou moins de fondement de cet état hypochondriaque. — Alors seulement on sera en état de reconnaître quel traitement doit être mis en œuvre et si l'on doit s'adresser surtout aux agents physiques ou moraux, mais jamais d'une manière exclusive.

III. — **Le traitement chirurgical de l'hypochondrie.** — Un titre semblable aurait bien fait sourire les aliénistes du début du XIX[e] siècle. Aujourd'hui il n'est plus permis de mépriser la *chirurgie des aliénés* : si cette chirurgie n'a pas réalisé tous les espoirs chimériques que certains avaient pu fonder sur elle, du moins elle a pu rendre d'incontestables services dans quelques cas bien déterminés. Or, s'il y a quelque affection mentale qui peut être particulièrement justiciable d'une intervention chirurgicale, c'est bien l'hypochondrie, où parfois les troubles viscéraux prennent une importance capitale, sinon exclusive. La difficulté consiste à

préciser les indications opératives et à permettre au chirurgien de distinguer les malades capables de bénéficier d'une opération de ceux chez lesquels toute intervention non seulement serait inutile, mais risquerait de déterminer une aggravation des troubles mentaux, dont peut-être le chirurgien serait l'innocente et première victime.

Tout de suite il faut éliminer ces opérations condamnables, pratiquées dans un but de suggestion indirecte et qu'il faut bien stigmatiser une fois de plus, puisqu'il se trouve encore des chirurgiens pour croire à leur efficacité. Sans doute il n'est plus guère d'opérateurs qui se prêteraient à l'opération simulée chez un zoanthrope. On connaît l'observation classique : un homme pensait avoir un serpent dans le ventre ; on l'endort, on simule une laparotomie ; et, à son réveil, on lui montre un serpent qu'on affirme lui avoir extirpé de l'abdomen ; quelques jours après, les idées hypochondriaques réapparaissaient aussi intenses ; on avait bien retiré le serpent, reconnaissait le malade, mais on avait laissé les œufs. — C'est le cas de noter qu'il n'y a aucun intérêt à changer les idées d'un débile mental, si l'on ne peut modifier en même temps sa débilité.

Une observation analogue est rapportée par Michéa (Obs. LVI) : Une femme, qui suffoquait, voulait qu'on lui enlevât ce morceau de chair — et elle désignait sa luette qui lui obstruait la gorge. Un chirurgien simula l'ablation d'un morceau de chair saignante, mais la malade ne se laissa pas tromper.

Aujourd'hui tout le monde reconnaît la parfaite inutilité de semblables opérations. Mais, sous une autre forme, combien d'interventions restent inutiles et auraient pu être évitées par le simple examen mental de l'opéré. « Ne voit-on pas des chirurgiens réséquer l'appendice chez des malades atteints d'algies hystériques, ouvrir le ventre d'un *hypochondre* avéré pour lui prouver qu'il n'a pas de cancer, faire la gastro-entérostomie dans une dyspepsie nerveuse et pratiquer l'ovariotomie chez les hystériques [1] ! »

La thèse de Mallet, inspirée par Picqué, renferme de nombreux exemples de cette chirurgie intempestive :

Une grande débile mentale, à force de simuler une névralgie mammaire persistante, réussit à convaincre un chirurgien, qui lui

(1) Dubois, de Berne, *loc. cit.*, p. 112.

enlève le sein droit, puis, quelques semaines plus tard, le sein gauche, parce qu'elle trouvait que ses seins étaient trop gros. La même malade réussit de la même façon à se faire enlever plusieurs doigts, en se les mordant jusqu'à ce que la plaie prît un vilain aspect [1].

Une autre malade réussit également à se faire faire l'amputation des deux seins, parce qu'elle les trouvait trop gros et inutiles [2]

Avant son internement à Sainte-Anne, une couturière hypochondriaque avait couru les cliniques et les hôpitaux de Paris, où plusieurs chirurgiens lui avaient successivement fait un curetage de l'utérus, un raccourcissement des ligaments ronds par le procédé d'Alexander, enfin une hystérectomie, sans que jamais elle ait été débarrassée de ses douleurs abdominales, du « dépôt de méningite » qu'elle a dans la tête, ni de ses idées de suicide persistantes [3].

Une autre hypochondriaque, à hérédité psychonévropathique très chargée, finit par se faire reconnaître une rétroversion utérine ; elle réussit à entrer à l'hôpital et le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une opération simulée avec l'autorisation de la famille. Mais, malgré l'anesthésie chloroformique et l'incision abdominale, les douleurs persistèrent : la malade se figura qu'elle avait été mal opérée, que sa matrice était de travers, qu'elle se détachait et roulait dans son ventre ; elle accusa le chirurgien de l'avoir estropiée. Un voyage à Lourdes, un séjour à l'asile d'aliénés de la Charité n'empêchèrent pas un premier chirurgien de pratiquer chez cette malade une hystérectomie vaginale, laquelle d'ailleurs permit de constater l'absence de lésions des ovaires et des trompes, ni un second chirurgien une laparotomie exploratrice qui montra tous les organes abdominaux en parfait état [4].

De même encore une malade de Briand avait trouvé moyen, avant d'entrer à l'asile de Villejuif, de se faire cureter l'utérus, puis réséquer le col du même organe [6].

(1) Obs. VI de la *Thèse Mallet*.
(2) Obs. VII.
(3) Obs. XIV.
(4) Obs. XX.
(5) Obs. XXI.

Nous avons rappelé tous ces exemples à cause de leur actualité, la plupart de ces observations ayant été présentées par M. Picqué à la Société de chirurgie le 9 mars 1898.

Mais, à côté de ces opérations manifestement inutiles, sinon nuisibles, il faut reconnaître que les malades en question, avant de trouver un opérateur complaisant s'étaient adressés en vain à un grand nombre de chirurgiens moins ignorants des choses de la psychiatrie. En particulier, M. Picqué rapporte l'observation de plusieurs malades chez lesquels il refusa énergiquement d'intervenir [1].

Il importerait précisément d'établir avec rigueur, dans quels cas il faut opérer et quels cas, au contraire, doivent être considérés comme des *noli me tangere*. Tout d'abord nous pensons qu'il ne faut pas citer comme hypochondriaques guéris par une intervention chirurgicale les trois malades de M. Picqué dont l'histoire est reproduite dans la thèse de Mallet (Obs. XI, XII et XIII). L'état mélancolique, et même les projets de suicide qu'on observe chez un malade ayant un anus contre nature, chez un aveugle, chez un homme ayant gardé une fistule urinaire à la suite d'une cystotomie sus-pubienne, ont un caractère de légitimité qui empêche de considérer comme morbides ces réactions très naturelles. Il n'est donc pas moins naturel de voir disparaître ces pseudo-troubles mentaux à la suite d'une intervention opératoire qui supprime l'infirmité causale.

Mais ce qui est plus intéressant, et d'ailleurs d'une pratique plus courante, c'est la discussion de l'intervention pour un *varicocèle*, un *rein mobile* et un grand nombre d'autres affections où des troubles psychopathiques accompagnent souvent une lésion organique réelle, sinon causale, et justiciable du traitement chirurgical. Au Congrès français d'urologie, Guillet (de Caen) et Chevalier (de Paris) ont précisé les indications de la néphropexie au point de vue chirurgical. Mais il conviendrait d'établir également les indications de cette même opération en se plaçant au point de vue psychiatrique.

De même, Saussol, dans une thèse récente, déclare qu'il faut opérer tous les varicocèles s'accompagnant de symptômes hypo-

(1) Obs. XVII, XVIII, etc. de la thèse de Mallet.

chondriaques accentués. Gould, au contraire, à la Société des médecins de Londres, repousse l'intervention dans tous les cas, impressionné sans doute par les nombreux cas d'hypochondriaques devenus persécuteurs de leur chirurgien à la suite d'une opération pour varicocèle (1). Là encore il nous semble qu'il ne faut pas seulement tenir compte de l'état des veines spermatiques, mais aussi de la réaction psychique du malade à l'égard de cette lésion locale.

M. Picqué déclare *qu'il faut opérer l'hypochondriaque simple et s'abstenir chez l'hypochondriaque vésanique* (2). Cette distinction serait d'une utilité pratique incontestable si la pathogénie et la clinique de l'hypochondrie la justifiait. Mais une telle simplicité ne se retrouve pas dans la nature et le psychiatre se trouve dans l'impossibilité de fournir au chirurgien la formule invariable qui toujours le tirera d'embarras en présence de l'infinie diversité des malades. Ce que pourra faire le psychiatre, et ce que pourrait faire difficilement un chirurgien, c'est l'examen soigneux de l'état mental du malade : — dans certains cas, il trouvera de lourdes tares héréditaires, un tempérament hypochondriaque apparu dès la jeunesse, une idée délirante plus irréductible encore qu'absurde, et dont la fixité aura déjà entraîné des réactions plus ou moins étranges. Dans ces cas l'aliéniste déconseillera formellement le chirurgien d'intervenir. — Dans d'autres cas, au contraire, on trouvera chez le malade, non plus de simples névralgies viscérales (testiculaire, ovarique, etc.), mais de grosses lésions faciles à reconnaître et qui auront déterminé sur un cerveau faiblement prédisposé des préoccupations hypochondriaques légitimes, encore que manifestement exagérées. Dans ces cas on pourra pratiquer une intervention chirurgicale, qui peut-être ne fera pas toujours disparaître *tous* les troubles mentaux, mais qui, du moins, ne sera pas suivie de conséquences fâcheuses pour le malade, ni pour le chirurgien.

En résumé, nous ne pouvons que rappeler, à l'occasion du traitement chirurgical de l'hypochondrie, les conclusions que nous formulions à propos du traitement de l'hypochondrie en géné-

(1) Obs. XXIII, *in thèse de* MALLET.

(2) PICQUÉ, Varicocèle et obsession. *Progrès médical*, 15 avril 1905, p. 255.

ral : tous les hypochondriaques ne sont pas justiciables d'un traitement local et viscéral (médical ou chirurgical) ; mais chez certains de ces malades, à troubles cœnesthésiques nettement primitifs et bien caractérisés, le traitement moral doit céder le pas au traitement physique.

Quant à la prothèse testiculaire, destinée à parer aux conséquences psychiques, si souvent observées de la castration (1), son utilité semble bien contestable chez les véritables hypochondriaques.

(1) Picqué, *A propos de la castration et de la prothèse testiculaire* (*Progrès médical*, 11 mars 1905, p. 145).

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE NOSOLOGIQUE DE L'HYPOCHONDRIE

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE NOSOLOGIQUE DE L'HYPOCHONDRIE

Nous venons de voir quelles étaient les deux conditions *nécessaires* à la formation d'une idée hypochondriaque. Ces deux conditions sont à la fois nécessaires et *suffisantes;* par conséquent, il faut et il suffit que se trouvent réunis, chez un même sujet, des troubles plus ou moins accentués de la cœnesthésie avec une mentalité plus ou moins apte à l'introspection somatique pour qu'apparaissent chez lui des préoccupations de nature hypochondriaque. Par conséquent, dans toutes les affections où peuvent coexister ces troubles de la cœnesthésie et cette aptitude mentale à l'introspection, peuvent se développer des états hypochondriaques.

Or, aucune maladie mentale n'est incompatible avec une telle mentalité : sans penser avec Vaschide et Vurpas que même les formes les plus normales de l'analyse mentale ont déjà quelque chose de morbide, on peut estimer que tous ceux qui se servent de leur cerveau, bien ou mal, peuvent, dans certaines conditions, réaliser toutes les formes psychonévropathiques. — Quant aux troubles de la cœnesthésie, nous avons déjà vu quelle part de plus en plus importante on tend à leur accorder dans les troubles psychopathiques les plus variés : mélancolie, délires systématisés hallucinatoires, etc. La *cœnesthésiopathie* ne suffit pas à constituer l'état hypochondriaque, sans la collaboration de l'élément psychique indispensable ; mais des « *troubles hypo ou afonctionnels de la somatopsychie propre à la vie végétative* (malades qui n'ont plus d'estomac, de cœur, de poumons, etc.), aussi bien que

des *troubles parafonctionnels* » [1] sont nécessaires à la constitution du délire hypochondriaque [2].

Les deux facteurs, cœnesthésique et psychique, nécessaires et suffisants au développement de l'idée hypochondriaque, peuvent donc se rencontrer dans les affections les plus variées; dans presque toutes les maladies mentales, leur coexistence peut provoquer l'apparition d'un état hypochondriaque.

Ces conclusions, tirées de notre étude pathogénique, sont conformes à l'observation de tous les cliniciens modernes qui ont reconnu depuis longtemps la fréquence et la variété des états hypochondriaques se montrant au cours d'un grand nombre d'affections mentales. Aujourd'hui nous ne nous contentons plus du diagnostic purement symptomatique qui suffit si longtemps aux anciens aliénistes. Quand nous déclarons qu'un malade est un *mélancolique*, un *persécuté*, un *hypochondriaque*, nous cherchons à joindre à cette dénomination, qui seulement ne nous renseigne que sur la couleur d'un délire en général assez facile à reconnaître, un autre qualificatif, plus difficile à établir, mais qui précisément nous fournisse quelque indication sur l'évolution probable, et, s'il se peut, sur l'origine des troubles mentaux. Les précédents diagnostics symptomatiques, à la rigueur, suffisaient pour un certificat immédiat, destiné surtout à constater la légitimité d'un internement. Mais dans le certificat de quinzaine et plus tard, l'aliéniste consciencieux s'efforcera de préciser si, par exemple, cette mélancolique est une *intermittente* ou une *présénile*, si ce persécuté n'est qu'un *alcoolique* ou un *délirant chronique systématisé*, si cet hypochondriaque est un *paralytique général* ou un simple *neurasthénique nosophobe*.

C'est pour contribuer à ce louable effort de la psychiatrie moderne vers une classification à la fois évolutive et étiologique, que

(1) Deny et Camus, *loc. cit.*

(2) Dans tout le cours de ce rapport nous nous sommes appliqués à n'étudier que les idées hypochondriaques à proprement parler, laissant de côté systématiquement les idées de négation, qui ne sont, à vrai dire, qu'une simple exagération des premières. Mais, d'une part, l'étude pathogénique ne pouvait profiter de l' « *afonction* », jamais primitive, toujours tardive et chez des malades d'ordinaire très affaiblis, pour étudier la « *parafonction* », qu'il fallait au contraire saisir dès son début et dans ses manifestations les plus légères. D'autre part, l'étude nosologique du délire de négation a été faite par un grand nombre d'auteurs en ces dernières années.

nous voulons préciser ici les divers caractères des principaux états hypochondriaques permettant leur diagnostic différentiel et étiologique.

Nous passerons en revue les principales affections psychonévropathiques au cours desquelles peuvent se développer des troubles hypochondriaques : nous montrerons dans chacune de ces affections la coexistence constante des deux facteurs pathogéniques, nécessaires et suffisants ; nous chercherons à établir quels caractères cliniques peuvent s'expliquer par l'importance inverse de l'un de ces deux facteurs, psychique ou viscéral, par la prédominance des troubles cœnesthésiques dans telle affection, par la prédominance du « tempérament hypochondriaque » dans telle autre.

Enfin, ayant ainsi passé en revue les différents états hypochondriaques symptomatiques d'une affection mentale caractérisée, il nous restera à nous demander — si cette revue épuise les différents aspects cliniques de l'hypochondrie, — ou si, dans cette classification évolutive et étiologique, vers laquelle la psychiatrie moderne s'efforce, sans toutefois y avoir encore atteint, il doit rester place pour une hypochondrie autonome, entité clinique dont la spécificité se justifierait par quelque particularité dans son origine, dans son évolution ou dans son aspect clinique.



Nous n'insisterons pas sur le ***diagnostic différentiel*** de l'état hypochondriaque. Il est presque toujours facile de reconnaître chez un malade l'existence de préoccupations morbides et exagérées, concernant sa santé physique. La seule difficulté réelle, mais elle est générale à toute la pathologie mentale et générale, consisterait, dans les cas légers, à marquer la limite où commence cette exagération morbide, à différencier la préoccupation normale et légitime à l'égard d'une certaine lésion viscérale, un cancer de l'estomac, par exemple, de la conception hypochondriaque, anormale et excessive, concernant une lésion identique. Ici encore il faut se borner à constater qu'entre l'état sain et l'état morbide les frontières restent impossibles à préciser.

Il ne nous paraît pas nécessaire de rappeler les caractères

établis par beaucoup d'anciens auteurs pour distinguer l'hypochondrie, névrose particulièrement réservée aux hommes, de l'*hystérie*, névrose essentiellement féminine; trop de faits contradictoires ne nous permettent plus de retenir les termes de cette distinction.

De même nous ne pouvons plus admettre la séparation avec la *mélancolie* sous la même forme que Louyer-Villermay. Sans doute la constante préoccupation de son état moral et physique qui caractérise l'hypochondriaque est bien différente de l'attitude du mélancolique qui voit en lui-même la cause de tous ses maux. Sans doute aussi, certains hypochondriaques « ne sont nullement mélancoliques, dans le sens vulgaire du mot, car ils manifestent, à l'égard du mal incurable dont ils se croient atteints, un tranquille stoïcisme. » [1] Mais, d'autre part, c'est surtout par l'objet de sa tristesse que le malade diffère dans les deux cas. « Le mélancolique, dit Magnan, *semble s'être mis des verres noirs devant les yeux* : il voit noir quoi qu'il regarde. Quand ses regards se portent sur sa propre santé, il *voit noir*, sous formes d'idées hypochondriaques [2]. En réalité, il s'agit là bien plus d'un diagnostic étiologique que d'un diagnostic différentiel : certains hypochondriaques ressemblent à des mélancoliques, d'autres en diffèrent ; mais cette distinction entre deux diagnostics également symptomatiques reste stérile en regard de l'intérêt pratique consistant à reconnaître à quelle entité clinique doivent être rattachés ce mélancolique ou cet hypochondriaque. Il existe souvent des idées hypochondriaques l'emportant sur les idées habituelles ou mélancoliques de ruine, de culpabilité, damnation, etc., au point de constituer une forme de *mélancolie hypochondriaque*. Mais là encore ce qui importe c'est de reconnaître si cette forme clinique doit être rattachée, par exemple, à la *mélancolie intermittente* ou à la *mélancolie d'involution présénile*.

Il en est exactement de même pour le diagnostic différentiel avec le *persécuté*. Cotard nous a tracé un tableau clinique remarquable de l'hypochondriaque persécuté, par opposition à l'hypochondriaque mélancolique; et bien d'autres auteurs très classiques

(1) Dubois, de Berne, *loc. cit.*, p. 227.
(2) Journiac, *loc. cit.*

ont relevé la fréquence des idées hypochondriaques au cours du délire systématisé de persécution avec hallucinations multiples de l'ouïe et de la sensibilité générale. — Pourtant Journiac[1], exprimant dans sa thèse les idées de son maître Magnan, affirme qu'aucun délirant chronique n'a jamais eu d'hypochondrie, ni avant ni pendant la maladie. Jamais le persécuté ne se croit malade ; c'est chez les autorités qu'il se rend pour se plaindre, et non chez des médecins pour leur confier ses craintes concernant son existence. L'hypochondriaque, en désespoir de ne pas obtenir la guérison, en arrive souvent à se suicider ; au contraire, le vrai persécuté n'a guère que des réactions homicides et les idées de suicide restent d'ordinaire chez lui très éphémères. Hypochondrie et persécution sont deux processus psychiques radicalement différents, sinon même contradictoires. — Une aussi franche contradiction chez des observateurs également estimables ne saurait guère s'expliquer, sinon par le fait qu'une observation également consciencieuse concernait en réalité des malades très différents : les persécutés jamais hypochondriaques dont parlent Magnan et Journiac ne sont certainement pas les mêmes que les persécutés hypochondriaques décrits par Cotard et bien d'autres. Nous nous efforcerons plus loin de préciser l'étiologie des états hypochondriaques en rapport avec les délires systématisés chroniques.

Le diagnostic étiologique des divers états hypochondriaques nous paraît présenter un intérêt pratique bien plus important que ces considérations théoriques déjà un peu vieillies sur la distinction de l'hypochondrie avec les états voisins. C'est seulement lorsqu'on aura reconnu l'affection causale qu'on pourra prévoir l'évolution des troubles mentaux, et, dans certains cas, instituer un traitement convenable.

Nous étudierons successivement les états hypochondriaques qui peuvent se montrer au cours des *démences*, dans la *débilité mentale*, les *toxi-infections*, les *psychopathies constitutionnelles* et la *neurasthénie*.

A. — **Démences**. — C'est dans ce groupe que se classe le plus grand nombre des hypochondriaques délirants, en raison du con-

(1) Journiac, *loc. cit.*, p. 81.

sidérable appoint des paralytiques généraux. Suivant Pichon, « *dans un asile d'aliénés, les neuf dixièmes, sans exagération, des aliénés hypochondriaques, sont des paralytiques généraux* (1).» On peut dire que tout hypochondriaque délirant à l'asile doit être tenu pour suspect de paralysie générale.

A plusieurs reprises nous avons pris pour des délirants hypochondriaques systématisés des malades chez lesquels l'apparition utérieure des signes physiques caractéristiques nous permit d'affirmer la paralysie générale. De même, en relisant certaines observations d'hypochondriaques [Obs. XXXIII et XXXIV de la thèse de Journiac), où l'affaiblissement intellectuel coexiste avec certains signes physiques, tels que l'inégalité pupillaire, on est naturellement porté à penser qu'il s'agissait sans doute de malades appelés à évoluer, après leur courte observation à l'Admission, vers la paralysie générale; peut-être même, dès cette époque, la ponction lombaire aurait-elle révélé une leucocytose du liquide céphalo-rachidien, permettant d'affirmer une réaction méningée caractéristique.

On ne saurait trop insister sur l'extrême fréquence du délire hypochondriaque chez les paralytiques généraux : le délire hypochondriaque est le délire spécial de la forme dépressive, comme le délire ambitieux l'est pour la forme expansive. Baillarger l'a établi voici longtemps (2). Mais cette fréquence n'a pu qu'augmenter encore aujourd'hui où nous avons appris à reconnaître plus tôt et plus souvent la paralysie générale, grâce surtout au précieux concours que nous apporte souvent la pratique de la ponction lombaire (Joffroy et Mercier (3).)

Les idées hypochondriaques dans la paralysie générale ont les caractères de toutes les conceptions hypochondriaques qui peuvent s'observer au cours de cette affection : elles sont mobiles, absurdes, incohérentes, contradictoires, mêlées parfois d'idées de grandeur : un malade a cinq cents tonneaux d'eau dans la poitrine, un autre grandit tous les jours de cinquante centimètres (4), etc.

(1) Mars, Thèse de Paris, p. 64.

(2) Baillarger, *Gaz. des hôp.*, 1857; — Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale. *Annales médico-psychol.*, 1861; — *Union médicale*, 1857; — *Ann. médico-psychol.*, 1858-1869.

(3) Joffroy et Mercier, *Congrès de Grenoble*, 1902.

(4) Mars, *loc. cit.* Obs. I et III.

La paralysie générale à forme hypochondriaque s'observerait plus souvent chez la femme (17,6 pour 100), d'après Idanow, que chez l'homme (13 pour 100, Debcke) [1]. Pour Pierret et son élève Péridier, la forme dépressive de la paralysie générale serait souvent consécutive au tabès.

Régis a longuement insisté sur le diagnostic des idées hypochondriaques d'origine paralytique [2]. Mais nous tenons à rappeler que, si la paralysie générale se prête si fréquemment à l'éclosion des idées hypochondriaques, c'est que précisément se rencontrent dans cette affection les deux facteurs pathogéniques nécessaires et suffisants, l'élément psychique et l'élément cœnesthésique.

D'une part, le paralytique général à forme dépressive a presque toujours présenté, antérieurement à sa maladie, une mentalité très différente du paralytique expansif, mégalomaniaque et bienveillant : souvent il existait depuis longtemps ce « tempérament hypochondriaque », fait de tristesse, d'analyse mentale, d'anxiété, d'égoïsme, etc. Un de nos malades a été considéré comme neurasthénique pendant plus de 20 ans. Une femme de Journiac (Obs. XXVIII) a été traitée pendant 12 ans pour une neurasthénie à troubles gastriques ; la nosophobe est devenue une paralytique générale hypochondriaque avec idées délirantes tout à fait absurdes. Par conséquent, même dans l'effondrement de toutes les facultés intellectuelles, le délire éclos sur fond démentiel garde l'empreinte de la mentalité antérieure : *il faut qu'un paralytique général ait une certaine constitution psychique pour présenter un délire hypochondriaque.*

Mais, d'autre part, les troubles de la sensibilité générale sont particulièrement fréquents dans la méningo-encéphalite interstitielle diffuse. « D'ordinaire, dit Péridier, ce sont d'anciens tabétiques qui interprètent faussement leurs sensations douloureuses réelles (douleurs fulgurantes, viscéralgies). L'angineux qui se croit une bête dans la gorge, le constipé qui se persuade que son intestin est bouché et bien d'autres font également des interprétations délirantes concernant des troubles somatiques incontestables.

(1) J. D. Idanow, *De la paralysie générale chez la femme ; étiologie et clinique. Annales méd co-psychol* Mai-juin 1904, p. 382.

(2) Regis, *Gazette médicale de Paris*, 1890.

Ainsi le grand nombre des hypochondriaques relevant de la paralysie générale s'explique naturellement par la fréquente coïncidence des troubles somatiques et des troubles psychiques spéciaux nécessaires au développement de tout état hypochondriaque.

La réunion de ces deux éléments pathogéniques ne s'observe pas seulement dans la démence paralytique ; et les autres *démences sénile, précoce, alcoolique,* etc., offrent une réceptivité analogue pour les conceptions hypochondriaques absurdes, mobiles et incohérentes. Même dans les états démentiels en rapport avec des *lésions circonscrites de l'encéphale*, on a signalé des idées hypochondriaques [1]. Mais dans toutes les démences non paralytiques ces idées ont un caractère épisodique et éphémère, contrastant avec la constance et la fixité du délire hypochondriaque dans la paralysie générale, où l'on peut même observer, dans certains cas, au début, une ébauche de systématisation : les conceptions délirantes peuvent varier elles-mêmes comme varient les troubles cœnesthésiques qui leur donnent naissance ; mais la couleur hypochondriaque du délire garde souvent une fixité capable d'augmenter les difficultés du diagnostic.

B. — **Débilité mentale.** — L'*idiot* ne pourra guère réaliser un délire hypochondriaque ; dans toute conception, même délirante, il y a quelque ébauche de raisonnement, qui ne saurait s'observer chez l'idiot profond, privé congénitalement de toute activité intellectuelle. Par conséquent l'idiot pourra bien éprouver des troubles cœnesthésiques, parfois très accusés, en raison des agénésies viscérales qui accompagnent fréquemment les agénésies cérébrales ; mais jamais il ne pourra *interpréter* dans le sens hypochondriaque, ni dans aucun autre, ses sensations anormales. Ici l'un des facteurs pathogéniques manque ; l'état hypochondriaque ne peut se constituer. Il n'en faut pas conclure que, pour la constitution du délire hypochondriaque, l'élément psychique est plus indispensable que l'élément cœnesthésique, mais simplement que celui-ci est impuissant à le réaliser en l'absence de celui-là, la réciproque pouvant également s'observer; c'est la coexistence de ces deux éléments qui peut seule réaliser les conditions pathogéniques nécessaires et suffisantes.

(1) Obs. XXXV et XXXVI *in* these Journiac.

Dès qu'on s'élève au-dessus de l'idiot profond absolument agénésique au point de vue mental, on peut rencontrer des idées hypochondriaques. Avec leur faible activité intellectuelle, l'*imbécile* et surtout le *débile* sont très capables d'interpréter dans le sens hypochondriaque leurs troubles de la cœnesthésie ; seulement leurs sensations, normales ou morbides, restent toujours assez obtuses, et, d'autre part, leur mentalité débile ne leur permet d'analyser ces sensations que d'une manière particulièrement grossière et absurde. — Un jeune paysan est persuadé d'avoir un ver dans la tête, qui lui donne des douleurs intolérables ; il l'entend crier et imite son cri avec sa bouche ; il est venu à pied de Saint-Jean-d'Angély à Paris pour se débarrasser de cet hôte importun. — Un malade de Journiac pense avoir rendu par le rectum un fœtus que sa femme lui a glissé en l'embrassant après avoir eu des rapports buccaux avec d'autres hommes (1). — Une femme se plaint de ne pas avoir les yeux qui tournent (2), de même que la malade de Vaschide et Vurpas croit être en fer, parce que ses dents ne remuent pas dans leurs alvéoles. — Ici, l'absurdité des conceptions délirantes est telle qu'elle ne peut être comparée qu'à celle des déments, et en particulier des déments paralytiques. Mais il est bien plus important chez ces malades de reconnaître leur débilité intellectuelle que la couleur variable du délire qui a pu y germer.

Nous ne ferons que mentionner l'*épilepsie*, au cours de laquelle les idées hypochondriaques s'observent assez fréquemment. Leur apparition annonce d'ordinaire l'attaque convulsive, sous forme d'aura (Cotard) ; mais le délire peut aussi remplacer l'accès, à titre d'équivalent, ou le suivre pendant la période d'obnubilation paroxystique. Toutes ces modalités ont été bien étudiées en ces dernières années par Moundrie (3), Aujaleu (4), etc.

C. — **Toxi-Infections.** — Dans l'*alcoolisme chronique*, les idées hypochondriaques sont d'observation assez courante ; dans les

(1) Journiac, *loc. cit.* Obs. X.

(2) Id., *ibid.*, Obs. XIII.

(3) Moundrie, *Du délire hypochondriaque chez les épileptiques.* Thèse de Paris, 1895.

(4) Aujaleu, *Considérations sur les manifestations hypochondriaques dans le cours de l'épilepsie.* Thèse de Toulsoue, 1901.

poussées subaiguës qui surviennent au cours de l'intoxication chronique, l'alcoolique se croit très malade, pense qu'il va mourir : sa cervelle bout comme si elle était dans l'eau bouillante; sa tête est usée, son corps brûlé, ses intestins perforés, ses os broyés, etc. D'ordinaire ces saillies délirantes s'émoussent assez rapidement; « les réactions sont moins promptes, moins bruyantes; une sorte d'incertitude, d'indécision, règne sur toutes ses perceptions illusoires de l'esprit(1) ». Le pronostic des idées hypochondriaques d'origine alcoolique est donc assez favorable (2). Ici, en effet, c'est le facteur cœnesthésique qui l'emporte nettement sur le facteur psychique dans le développement des idées hypochondriaques : « elles ne sont souvent, dit Séglas (3), qu'une interprétation des troubles de la sensibilité générale qui sont presque de règle, et existent souvent à un degré tel qu'ils peuvent être l'origine d'automutilation ». La plupart du temps, ces conceptions délirantes apparaissent avec les troubles de la sensibilité générale et disparaissent avec eux.

Cette même prédominance des troubles de la cœnesthésie interprétés par un cerveau plus ou moins confus se retrouve dans tous les états toxi-infectieux. Dans tous ces états il existe toujours une base somatique avec des troubles organiques plus ou moins évidents : fièvre, état saburral des voies digestives, albuminurie, etc., etc. L'élément psychique ici n'a qu'une importance secondaire : s'il passe des idées hypochondriaques dans le délire polymorphe, incohérent et variable de la confusion mentale typhique, grippale, puerpérale (4), etc., elles sont avant tout la conséquence d'un état cœnesthésique morbide et douloureux. Il en est de même des idées hypochondriaques qu'on peut rencontrer dans le cours des intoxications les plus diverses : récemment Landenheimer signalait, parmi les troubles nerveux et psychiques des ouvriers qui travaillent le caoutchouc, un état hypochondriaque

(1) Magnan, *De l'Alcoolisme*, 1874.

(2) G Tassain, *Valeur pronostique des idées hypocnondriaques de négation dans quelques maladies mentales*. Thèse de Paris, 1902. — Obs. IV (en collaboration avec Castin), et suivantes, p. 54.

(3) Séglas, *Délire des négations*.

(4) Roger Dupouy, *Les Psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication*. Thèse de Paris, 1904. Obs. IX, XIV, XXXI.

provoqué par les sensations désagréables (goût de soufre) produites par l'action du sulfure de carbone[1].

Nous rapprocherons de ces états toxi-infectieux la *mélancolie présénile*, psychose d'involution, où les idées hypochondriaques dominent très fréquemment le tableau clinique et relèvent avant tout de l'état cœnesthésique douloureux qui est toujours à la base de la mélancolie.

D. — **Psychopathies constitutionnelles.** — A l'inverse des états toxi-infectieux, entraînant des troubles psychiques, hypochondriaques ou autres, acquis, accidentels et nés surtout d'un état cœnesthésique morbide, nous trouvons les psychopathies constitutionnelles, où se marque très nettement l'influence prédominante d'une constitution psychique spéciale, congénitale, difficile à modifier, et capable d'imprimer une orientation particulière à toutes les conceptions individuelles. Cette constitution psychique congénitale ne représente pas un état pathologique, mais une anomalie, un état tératologique[2], pourrait-on dire ; l'individu qui naît avec cette constitution psychique n'est pas un malade ; son cerveau est seulement différent du type normal ; il a l'esprit « mal fait », de travers ; c'est véritablement, et étymologiquement, un paranoiaque (παρα, νοος, esprit de travers).

Si donc le terme de *paranoia* doit être réservé, ce qui est strictement conforme à l'étymologie, à toutes les *anomalies* psychopathiques, on pourra distinguer dans ce groupe plusieurs types de mentalités déviées du type normal : à côté du type le plus fréquent du paranoiaque persécuté, on doit distinguer, par exemple, celui du *paranoiaque hypochondriaque*. Ce dernier type est représenté par ces individus qui, durant toute leur vie, et dès leur enfance, se montrent inquiets de leur santé, soucieux du moindre malaise, clients assidus et changeants des médecins, des charlatans, zouaves Jacob et somnambules ; ce sont ceux que Dubois (de Berne) appelle des « salutistes » et chez lesquels Vaschide et Vurpas ont étudié tous les troubles de l'analyse mentale et de

(1) Landenheimer, *Troubles nerveux et psychiques chez les ouvriers travaillant le caoutchouc (Intoxication par le sulfure de carbone). Neurol. centralblatt*, août 1898.

(2) E. Rabaud, *Les états pathologiques et les états tératologiques : —* et *Anormaux et dégénérés* (*Revue de Psychiatrie*, sept. 1903).

l'introspection somatique qui les portent à prêter une attention excessive à leurs fonctions organiques. Tous ces sujets sont nés avec un « tempérament hypochondriaque », et s'ils viennent à présenter des troubles de la cœnesthésie, même très légers, ils réaliseront cette forme clinique que Wollenberg appelle l'*Hypochondrie constitutionnelle*, où le délire n'est que l'exagération de tendances habituelles.

Dans cette forme clinique, on sera tout de suite frappé de la systématisation du délire. Comme dans tous les états paranoiaques, le cerveau n'est pas troublé dans son fonctionnement ; le sujet ne pense pas comme tout le monde, mais il pense, et régulièrement, à sa manière. Comme l'observe Kraft-Ebing, il existe des transitions insensibles entre le paranoiaque hypochondriaque et le sujet qui raisonne plus ou moins convenablement dans les limites des maladies réelles. Aussi le paranoiaque interprète-t-il logiquement, suivant sa mentalité, tous les troubles cœnesthésiques qui se montrent occasionnellement chez lui. Il en résulte un délire hypochondriaque systématisé présentant un caractère de fixité qui ne s'observe guère dans d'autres circonstances ; parfois, jusqu'à la mort, aucune autre conception ne vient se mêler aux idées hypochondriaques. Ces idées d'ailleurs peuvent se présenter à tous les degrés, depuis les idées hypochondriaques simples et non délirantes de certains individus qu'on n'est jamais obligé d'interner (Reyne), jusqu'aux idées de négation les plus absurdes.

C'est dans la paranoia hypochondriaque qu'on observe parfois la *forme persécutoire* (Kraft-Ebing) : le malade est naturellement conduit à attribuer ses sensations anormales à des influences extérieures hostiles ; il s'est toujours montré mécontent de tout et de tous, exigeant, irritable, ironique et caustique ; il devient alors absolument insociable, il accuse ses médecins, les poursuit activement, parfois même les tue.

Cette forme de paranoia hypochondriaque assez rare, a été décrite par les différents auteurs sous des noms très variables : *folie hypochondriaque* (Morel), *neuro-psychose hypochondriaque* (Kraft-Ebing), *délire hypochondriaque systématisé* (Schüle), *hypochondrie systématisée primitive* (Séglas), *hypochondrie constitutionnelle* (Wollenberg), etc. Castin tente même d'identifier l'évo-

lution du *délire hypochondriaque chronique* avec le délire chronique de persécution de Magnan; chez une malade qu'il présenta à la Société médico-psychologique le 26 mars 1900, il s'attacha à montrer l'évolution systématique en trois périodes : — hypochondrie simple, — hypochondrie délirante, — hypochondrie des négations. Ces trois périodes, de durée très variable, correspondraient, suivant Castin, aux quatre périodes du délire chronique de Magnan (interprétation, — hallucination,— mégalomanie, — démence) (1).

Quelle que soit la dénomination adoptée pour désigner cette catégorie d'hypochondriaques, il n'en reste pas moins établi qu'ils appartiennent au groupe des psychopathes constitutionnels, des paranoiaques. Mais dans ce groupe, ils représentent, non les paranoiaques à interprétations délirantes (*combinatorische formen* des Allemands), ou à troubles psycho-sensoriels (*phantastiche formen*), mais les *paranoiaques à troubles cœnesthésiques*. Car, même dans cette forme clinique où l'influence de la mentalité antérieure s'exerce d'une manière nettement prédominante, l'idée hypochondriaque ne saurait apparaître, malgré le terrain, si bien préparé, sans que quelque trouble cœnesthésique vienne la motiver, ou, tout au moins, la localiser.

C'est encore dans le groupe des psychopathies constitutionnelles qu'il faut ranger la *mélancolie intermittente*, où s'observent fréquemment des idées hypochondriaques.

E. — **Neurasthénie**. — Sous ce vocable peut-être un peu arbitrairement choisi et dont nous ne prétendons pas affirmer la longévité nosologique, nous grouperons des malades qui peuvent se présenter sous des aspects cliniques très différents, mais qui ont ce trait commun d'être des hypochondriaques *minores* présentant des appréhensions, des craintes plus ou moins incertaines, plutôt que des convictions délirantes, et capables d'être heureusement influencés par le traitement moral. Les variétés de la nosophobie neurasthénique sont aussi nombreuses, peut-on dire, que les variétés de médecins spécialistes. On retrouvera dans Cotard (2) les types les plus fréquents : le gastro-intestinal, le cardiaque, le

(1) Castin, Un cas de délire hypochondriaque à forme évolutive. *Annales médico-psychol.*, mai-juin 1900.

(2) *Dict. encyclop. des sciences médicales*. Article *Hypochondrie*.

tuberculeux, le médullaire, le génital. Mais combien d'autres variétés ne pourrait-on pas décrire : celui-ci croit qu'il va devenir fou, cet autre est hanté par la crainte d'une attaque apoplectique, tel est obsédé par la crainte de devenir syphilitique, tel autre par la crainte de l'appendicite, un troisième par la crainte de mourir ; une femme court chez le chirurgien réclamer un curetage ou une hystérectomie qu'elle pense devoir la délivrer de tous ses maux ; une autre veut se faire enlever toutes les dents ; celui-ci se fait obstinément cautériser le pharynx, celui-là attend tout des bains électriques, etc., etc. Chaque spécialiste possède une clientèle nombreuse de neurasthéniques nosophobes. Nous avons rapporté, d'après Dubois (de Berne), l'odyssée lamentable de la malade hypochondriaque courant de spécialiste en spécialiste. Mais l'auteur n'est peut-être pas très juste quand il pense que gastrologues, gynécologues, électrothérapeutes, etc., ne savent pas reconnaître l'exagération morbide des sensations décrites par leurs malades. L'homme aux petits papiers de Charcot est un type clinique, suffisamment classique pour être aisément reconnu.

Ce n'est guère à l'asile d'aliénés qu'on le rencontre : quand il y parvient, on relève chez lui des caractères morbides plus accentués. Nous avons eu l'occasion d'examiner un homme de 40 ans qui successivement s'était cru atteint d'un lupus de la face, d'un cancer de l'estomac, de scrofule, etc., et qui passait sa vie à s'examiner, à prendre son pouls, à « écouter son sang circuler. » Bien que d'origine paysanne et simple ferreur d'arçons, il employait ses nuits à écrire un traité de pathologie interne et des romans socialistes que les siens jetaient au feu. Toute sa vie, ce malade avait été émotif, inquiet, scrupuleux : étant au régiment, son lieutenant lui fit un jour remarquer que sa capote faisait un pli ; à la suite de cette observation, il craignait tellement que ses vêtements fissent un pli qu'il ne les boutonnait plus.

Bien des auteurs ne manqueraient pas de ranger ce malade parmi les hypochondriaques dégénérés. Dégénéré, il l'était assurément, comme beaucoup d'autres, comme les malades dont Journiac a rapporté l'observation dans sa thèse, mais aussi comme la majorité, sinon la totalité des aliénés. C'est pourquoi, sans attacher à une question terminologique plus d'importance qu'elle ne comporte, nous pensons qu'il est préférable de rapporter le cas de

notre malade et de beaucoup d'autres semblables à la *neurasthénie*, entité classiquement décrite aujourd'hui et présentant un ensemble symptomatique facilement reconnaissable, plutôt qu'à la *dégénérescence mentale*, facteur étiologique vraiment trop susceptible de généralisation pour qu'il puisse conférer quelque spécificité aux malades chez lesquels on le rencontre. Sans doute il est d'une utilité incontestable d'apprécier chez chaque hypochondriaque l'importance de l'hérédité psychonévropathique ; ceci rentre dans l'étude de la constitution psychique, de la mentalité antérieure, du « tempérament hypochondriaque », si importante au point de vue des indications thérapeutiques. Mais, à côté de l'élément psychique, on ne doit pas négliger l'élément cœnesthésique : on peut distinguer une neurasthénie constitutionnelle et une neurasthénie accidentelle, comme Wollenberg distingue une hypochondrie constitutionnelle et une hyponchondrie accidentelle ; mais il ne faut pas oublier que dans l'un et l'autre cas la prédominance d'un des deux facteurs pathogéniques n'exclut pas l'indispensable collaboration de l'autre.



Ayant passé en revue les diverses maladies dont la spécificité est actuellement reconnue et au cours desquelles se rencontrent les états hypochondriaques, il nous faut maintenant examiner si cette revue en épuise tous les aspects cliniques, ou s'il reste encore place pour une entité autonome qui serait l'Hypochondrie tout court, l'Hypochondrie proprement dite.

Avant la description de la neurasthénie, l'indépendance clinique de l'hypochondrie restait incontestée. Aujourd'hui les neurologistes et les aliénistes ne l'admettent plus guère :

« *Il n'y a plus de maladie dénommée hypochondrie*, déclare Dubois (de Berne). *Il n'y a que des symptômes hypochondriaques se manifestant dans le cours de divers états psychopathiques* (¹). »

« *L'Hypochondrie, en tant que maladie autonome, ne peut être maintenue*, écrit Wollenberg ; *elle représente plutôt un état psychopathique, une disposition psychique morbide toute parti-*

(¹) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 219.

culière ... Lorsque le tableau morbide est bien net, on peut employer le mot *hypochondrie*, mais on ne peut le faire qu'avec une restriction mentale (1). »

Peut-être serait-il préférable de renoncer à une expression dont l'emploi nécessite des restrictions mentales. Il suffirait pour cela de remplacer systématiquement le mot *Hypochondrie* par les expressions *idées hypochondriaques, états hypochondriaques*, etc. qui ont le mérite d'être compris de tous dans leur sens restreint, de ne pas donner l'illusion d'un diagnostic définitif, et dont le caractère purement symptomatique ou syndromique, est, au contraire, nettement marqué.

On voit l'importance de l'avènement de la neurasthénie et que c'est bien là un fait capital dans l'histoire contemporaine de l'hypochondrie, puisqu'elle y a perdu son ancienne autonomie, et que désormais nous pouvons considérer tous les états hypochondriaques comme symptomatiques.

C'est dans notre dernier groupement des états hypochondriaques neurasthéniques qu'il faut rechercher les vestiges de l'ancienne hypochondrie idiopathique. La plupart des cas rapportés dans la thèse de Mars sous le nom de *délire hypochondriaque idiopathique* ou de *nosomanie* relèvent manifestement de la neurasthénie : cet auteur insiste beaucoup sur l'absence des tares héréditaires et des stigmates physiques de dégénérescence chez ses malades ; ils se montreraient très intelligents en dehors de leurs idées délirantes ; la nosomanie ne serait chez eux qu'un trouble passager, capable de guérir. — Mais tous ces caractères se trouvent dans la neurasthénie, spécialement la neurasthénie accidentelle.

On a encore rangé dans l'hypochondrie idiopathique beaucoup de cas de *dégénérescence mentale*. — Mais l'état dégénératif n'empêche pas de retrouver chez un hypochondriaque les signes propres à la neurasthénie, constitutionnelle ou accidentelle.

Quant à *l'hypochondrie systématisée primitive*, son caractère originel, la systématisation de son délire, son évolution essentiellement chronique et incurable permettent de la ranger dans la paronoia, dont elle représente une variété, la paranoia à troubles cœnesthésiques ou paranoia hypochondriaque.

(1) Wollenberg, *loc. cit.*, p. 59.

Ainsi *tous les états hypochondriaques sont symptomatiques de quelque affection déterminée.* Le diagnostic en sera plus ou moins difficile à établir ; mais toujours il faudra le rechercher avec soin, puisque seul ce diagnostic étiologique permettra d'établir un pronostic et, s'il y a lieu, des indications thérapeutiques.

CONCLUSIONS

I. — ***L'idée hypochondriaque***, simple ou délirante, est une préoccupation morbide concernant la santé physique, qui ne peut se développer que grâce à la coexistence de deux facteurs pathogéniques :

a) une *constitution psychique spéciale;*

b) des *troubles de la cœnesthésie.*

Ces deux facteurs pathogéniques, — l'un d'ordinaire périphérique, viscéral et sympathique, acquis, assez souvent curable par un traitement local approprié, — l'autre central, psychique, le plus souvent héréditaire et difficilement réductible par le traitement moral le plus énergique, — peuvent toujours être retrouvés à l'origine de tout état hypochondriaque. Mais l'importance de chacun d'eux varie suivant les cas, et généralement en raison inverse l'un de l'autre. La prédominance de l'un des éléments, psychique ou cœnesthésique, peut expliquer le succès ou l'insuccès d'une thérapeutique surtout morale ou surtout physique, mais n'exclut jamais l'indispensable collaboration de l'autre facteur pathogénique.

II. — ***L'hypochondrie*** *n'existe pas*, en tant qu'affection distincte et autonome, justifiant sa spécificité par quelque caractère étiologique ou évolutif.

Il n'y a que des états hypochondriaques symptomatiques qui peuvent s'observer au cours de toutes les affections où se rencontrent une constitution psychique spéciale, capable d'interpréter des troubles de la cœnesthésie. Les différents aspects cliniques de l'état hypochondriaque s'expliquent par la prédominance de l'élément psychique ou de l'élément cœnesthésique dans les diverses affections dont cet état est symptomatique : *démences* (surtout *paralysie générale*), *débilité mentale*, *toxi-infections*, *psychopathies constitutionnelles*, *neurasthénie*.

ANNEXE DU RAPPORT DE PATHOLOGIE MENTALE

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE

L'HYPOCHONDRIE

PAR

MM. les Docteurs Pierre ROY et P. JUQUELIER

Chefs de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine
de Paris,
Médecins-Adjoints des Asiles publics d'aliénés.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE

L'HYPOCHONDRIE

On observe chez un grand nombre de psychopathes d'aspect très différent les uns des autres des préoccupations hypochondriaques variant elles-mêmes à l'infini.

Ces variétés cliniques s'expliquent d'abord par ce fait que les deux facteurs qui engendrent l'état hypochondriaque (— *modifications cœnesthésiques*, d'une part; — *prédisposition psychique à* exagérer l'importance de ces modifications organiques dans un sens défavorable à la santé physique, d'autre part,) s'unissent suivant des modes variables. l'influence de chacun d'eux s'exerçant d'ordinaire en raison inverse l'une de l'autre.

En outre, chez certains aliénés, les idées hypochondriaques dominent d'une façon durable le tableau clinique; chez d'autres, au contraire, elles ne représentent qu'un élément accessoire et temporaire du complexus psychopathique; mais chez tous, elles sont associées à d'autres manifestations morbides de l'activité mentale.

Enfin, les idées déjà si diverses par le grand nombre des conditions présidant à leur développement, varient encore dans leur expression suivant l'état d'intégrité ou de déchéance des facultés intellectuelles du sujet. Un de nos déments paralytiques qui manifeste des idées hypochondriaques, est atteint d'un phlegmon de la main; convaincu que la région douloureuse est envahie par une douzaine de serpents, il se mutile pour se débarrasser de ces ani-

maux et retarde ainsi la guérison de son abcès. Cet hypochondriaque se comporte en dément par l'absurdité de ses interprétations et de ses réactions.

Au contraire, un médecin ayant eu la syphilis ressent, quelques années plus tard, une certaine fatigue intellectuelle; il en conçoit de l'inquiétude, puis s'aperçoit bientôt que ses pupilles sont inégales et paresseuses. Cette constatation est exacte, mais il s'avise aussi de considérer comme récent un léger défaut de prononciation, qu'il a toujours présenté. Autorisé par une opinion médicale très répandue à établir une relation de cause à effet entre la syphilis et un ensemble symptomatique analogue à celui qu'il observe sur lui-même, il conclut qu'il est paralytique général. Assuré de sa déchéance prochaine, il mène, pour s'étourdir, une vie de plaisir déprimante, jusqu'au jour où une lueur d'espoir le conduit à Sainte-Anne, où nous le rassurons. Ce médecin hypochondriaque est arrivé à la nosophobie par une analyse évidemment incomplète des troubles qu'il a ressentis, et par une hâte trop grande à conclure de l'existence d'un seul symptôme à celle d'une maladie constituée. Mais qui oserait qualifier d'absurdes ou de délirantes les préoccupations d'un neurasthénique, exagérées sans doute, mais si vraisemblables qu'elles n'ont pu être réfutées qu'après un examen minutieux ? Si ces préoccupations avaient entraîné une réaction nuisible à la santé et aux intérêts du malade, il aurait été impossible cependant de considérer celui-ci comme un aliéné véritable.

Voici deux cas extrêmes dans lesquels l'état hypochondriaque est tout à fait différent, en raison de la différence du niveau intellectuel des deux sujets.

Les combinaisons délirantes peuvent créer d'autres variétés aussi disparates. Il est très important de se souvenir que les idées hypochondriaques s'associent d'habitude à d'autres symptômes d'ordre psychique, lorsqu'on veut tirer d'une étude de l'hypochondrie des conséquences pratiques au point de vue médico-légal. Les préoccupations morbides concernant la santé physique, parfois primordiales, sont de celles qui incitent le plus fréquemment les malades à réagir. Mais, les réactions prendront une forme différente, suivant l'orientation globale des facultés psychiques : *sous l'influence d'une même idée hypochondriaque, des malades pour-*

ront agir en déments, en impulsifs, en mélancoliques, en persécutés actifs ou passifs, etc.

L'étude médico-légale de l'hypochondrie groupe donc des phénomènes très divers dans leurs effets individuels et sociaux ; mais leurs mobiles et le terrain sur lequel ils se développent restent les mêmes. Or, la connaissance du mobile de l'acte incriminé importe beaucoup au médecin expert chargé d'apprécier la responsabilité pénale d'un prévenu : l'existence chez ce prévenu de quelque idée hypochondriaque pourra parfois expliquer certaines particularités d'exécution de son délit, de son crime, de son suicide ou bien encore l'intensité de ses réactions morbides à la suite d'un incident insignifiant en apparence. Il y a donc un intérêt réel à envisager dans un chapitre d'ensemble les conséquences médico-légales des diverses formes cliniques de l'hypochondrie. Notre étude, même incomplète et simplement ébauchée, aura du moins le mérite de n'avoir guère été tentée jusqu'ici.

***

Cependant tous les hypochondriaques ne rentrent pas dans le cadre de cette étude par toutes les manifestations de leur activité mentale morbide : certains malades, bien qu'ayant à propos de leur santé physique des préoccupations exagérées et même absurdes, peuvent agir sous une autre influence, et les mobiles qui les dirigent alors n'ont pas nécessairement un caractère morbide entraînant l'irresponsabilité pénale. Voici, par exemple, le résumé de deux observations obligeamment communiquées par M. le Dr Roubinovitch et qui concernent des hypochondriaques inculpés de vol, chez lesquels l'expert n'a pas considéré l'hypochondrie comme cause du délit.

Obs. I. — X..., 44 ans, est arrêté le 9 décembre 1904, pour vol de seize objets différents au Bon Marché : *tous ces vols ont été commis avec une grande habileté.* État d'affaissement à l'instruction. Expertise ordonnée le 15 décembre par le juge d'instruction.

A l'examen physique, tremblement émotif intermittent des mains et des muscles de la face. Pas de signes pupillaires, pas de troubles de la parole. Réflexes tendineux et tégumentaires normaux. Dyspepsie ancienne et tenace. *Au point de vue mental*, X... se plaint de souffrir de partout, depuis la racine des cheveux jusqu'aux ongles des orteils.

Il est déprimé, psychasthénique. Ne parle avec ardeur que lorsqu'on le met sur ses malaises, ses névralgies, sa constipation, son absence de sommeil. *État hypochondriaque sans délire.* Association d'idées bonne, quoique lente en apparence, surtout quand on interroge X... à propos du délit pour lequel il est poursuivi.

Conclusions. — Dépression du système nerveux (*psychasthénie*) consécutive à une affection ancienne du tube digestif. État hypochondriaque sans délire.

Diminution dans une certaine mesure de la résistance morale, circonstance qui engage à considérer la responsabilité pénale comme légèrement atténuée.

Obs. II. — Mme S... 38 ans, arrêtée pour vol au Louvre le 23 octobre 1903. Hystérie. Neurasthénie ancienne. *Hypochondrie simple sans délire.*

Responsabilité atténuée.

Dans les cas de ce genre, la seule existence de troubles hypochondriaques ne doit pas suffire à faire ranger les délinquants dans la catégorie des psychopathes irresponsables, car le vol n'est pas ici la conséquence directe d'une idée délirante ou d'une impulsion irrésistible. Il est juste de considérer comme diminuée la résistance morale de ces hypochondriaques ; car ce sont des malades d'autant plus incapables de travailler régulièrement, qu'ils exagèrent davantage l'importance de leur malaise physique. Mais c'est bien plus leur état neurasthénique qui leur accorde cette atténuation de responsabilité que leur préoccupation hypochondriaque. On peut être hypochondriaque et voler par besoin, par perversions instinctives, etc., etc.

Dans les cas de délire polymorphe survenant chez les débiles ou les déments, la distinction a moins d'importance, puisque, sans parler de l'activité du délire, le déficit intellectuel entraîne par lui-même l'irresponsabilité des délinquants. Mais la constatation, au moment de l'examen, de préoccupations hypochondriaques prédominantes, ne suffit pas pour que l'expert puisse attribuer à celles-ci le délit ou le crime de l'aliéné Ce n'est que par une analyse minutieuse de chaque cas en particulier que l'on pourra déterminer la part qui revient à la débilité mentale fondamentale et aux troubles hypochondriaques qui s'y sont greffés.

LE SUICIDE DES HYPOCHONDRIAQUES

Le suicide figure au premier rang des réactions auxquelles donne lieu l'état hypochondriaque.

Les états dépressifs qu'on désigne d'une façon générale sous le nom d'états mélancoliques s'accompagnent toujours de symptômes physiques et de troubles de la cœnesthésie. Aussi chez les mélancoliques, dès qu'en un point déterminé, les altérations organiques révèlent leur existence par des sensations un peu vives, ces sensations sont-elles le prétexte de préoccupations délirantes concernant la santé. Parmi les mélancoliques, il en est chez qui le délire secondaire, humble, passif, monotone, est fait d'idées de ruine, de damnation, d'indignité; il en est d'autres qui expriment des idées de déchéance physique. Ces derniers se croient malades ou « pourris : « une bête leur ronge l'estomac, leur sang ne circule plus, leurs poumons cessent de fonctionner, etc. » Tout cela est irrémédiable et l'idée d'incurabilité s'ajoute à l'idée des maladie. Puis viennent les idées de négation : les organes envahis par le mal disparaissent; les malades n'ont plus d'intestins, plus de cœur, etc. Persuadés de ne jamais guérir, et persuadés parfois même que la mort ne mettra pas spontanément un terme à leurs souffrances, ils ont recours au suicide, et leurs tentatives sont assez fréquemment couronnées de succès.

« L'hypochondrie, dit Legrand du Saulle, n'exclut pas le suicide. Sans doute l'hypochondriaque qui a peur de la mort ne va pas au devant d'elle; mais l'hypochondriaque qui a peur de la douleur attente à sa vie pour ne plus souffrir [1]. » Sans qu'il existe entre elles une ligne de démarcation absolue, les deux variétés de malades, signalés par Legrand du Saulle, se rencontrent incontes-

(1) LEGRAND DU SAULLE, *Gazette des Hôpitaux*. Décembre 1881.

tablement dans la pratique : le premier type est réalisé par le *neurasthénique* nosophobe et tanatophobe ; le second par le *mélancolique hypochondriaque* avec idées d'incurabilité.

Les auteurs qui considèrent l'hypochondrie comme une entité morbide autonome, caractérisée seulement par la préoccupation de la maladie et de ses conséquences, ont pu mettre en doute la possibilité du suicide dans une telle affection. Mars (1), opposant l'hypochondrie à la lypémanie, s'exprime ainsi : « L'hypochondriaque ne se suicide jamais ; toutes les observations d'hypochondriaques terminant volontairement leur vie par le suicide nous semblent suspectes et méritent d'être revisées... » Telle était également, à une époque plus reculée, l'opinion d'Esquirol, cité par Reyne (2), auteur qui considère, lui aussi, que le suicide chez les hypochondriaques est rare. « Il n'est point d'état, dit Esquirol, qui inspire plus de crainte de mourir et plus de désir d'être délivré de maux présents que l'hypochondrie. Les hypochondriaques craignent de mourir par pusillanimité ; ils parlent beaucoup de la mort ; ils la demandent souvent à ceux qui les entourent, mais rarement accomplissent leurs desseins ; les plus légers motifs, les moindres prétextes les font ajourner ou abandonner leur projet. Ce sont des poltrons qui parlent pour qu'on leur croie du courage (3). »

Ce tableau clinique très exact d'Esquirol ne s'applique en réalité qu'à une seule catégorie d'hypochondriaques, les neurasthéniques nosophobes et thanatophobes. Et si l'on considère que l'état hypochondriaque est toujours symptomatique d'une certaine affection psychonévropathique, on ne peut plus opposer au mélancolique qui souhaite la mort et se tue l'hypochondriaque qui craint la mort et ne se tue pas. En fait, les tentatives des malades désespérés par des maux dits imaginaires ne sont, dans bien des cas, rendues vaines que par une intervention opportune.

Tous les cas de suicides chez les hypochondriaques ne soulèvent pas les mêmes problèmes de médecine légale. Ceux qui présentent quelque intérêt à cet égard sont même exceptionnels. Dans les observations où la mort volontaire est la conséquence d'idées d'incurabilité chez un mélancolique, il est le plus souvent facile

(1) Mars, Thèse, Paris, 1888, p. 61.
(2) Reyne, Thèse, Montpellier, 1903, p. 59.
(3) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 254.

de reconstituer l'histoire anamnestique de la maladie et d'affirmer le caractère morbide du suicide. En particulier, il est rare que la tentative n'ait pas été précédée de menaces répétées prévenant l'entourage et le médecin des intentions du malade. « Ces sortes d'aliénés, dit Morel [1], sont les premiers à nous mettre sur la voie de leur funeste penchant. Il en est qui font des efforts désespérés pour lutter contre le désir de la mort volontaire ; il en est d'autres qui en arrivent finalement à un point d'exaltation qui leur fait considérer le suicide comme le souverain bien, comme la cessation des tourments qu'ils endurent. »

L'anamnèse permet encore de connaître l'absurdité des conceptions délirantes qui ont précédé le suicide ou des motifs qui l'ont directement déterminé. Une malade de Journiac [2] interprète ses troubles cœnesthésiques en disant « qu'elle a le ver poilu, le ver solitaire, que ses nerfs sont aussi gros que le poing, qu'elle a les os mangés. Sous l'empire de ses croyances, elle fait plusieurs tentatives de suicide, elle veut se jeter dans un puits ou se pendre, elle veut enfin avaler une fourchette ». L'absurdité du délire et la disproportion entre les motifs et le suicide appartiennent surtout aux paralytiques généraux et aux débiles.

Dans d'autres cas, les préoccupations nosophobes qui semblent avoir motivé le suicide, sont infiniment plus vraisemblables ; cependant, elles peuvent prendre brusquement un relief particulier, grâce à un élément surajouté qui pousse, sans inhibition possible, le malade à se donner la mort. L'existence d'un état anxieux ne permet plus alors de mettre en doute le caractère morbide du suicide : l'anxiété devient la véritable cause de l'acte de désespoir, les idées hypochondriaques n'étant plus qu'un prétexte. Brierre de Boismont [3] signale parmi les hypochondriaques les plus enclins au suicide, ceux qui ont des crises d'anxiété à côté de ceux qui sont atteints de préoccupations d'ordre génital. Journiac [4] cite l'observation d'un médecin soigné à la clinique de Krafft-Ebing qui, dans une crise d'angoisse, casse un carreau

(1) Morel, *Traité des Maladies mentales*, 1860, p. 405.
(2) Journiac, Thèse, Paris, 1888, p. 40, Observation XV.
(3) Brierre de Boismont, *Du suicide ou de la folie-suicide*, Paris, 1865.
(4) *Loc. cit.*, p. 79, Obs. 45.

avec ses souliers et se fait avec les morceaux des blessures telles qu'il en résulte une hémorragie mortelle.

L'anxiété chez les hypochondriaques peut survenir dans deux circonstances principales : ou bien il s'agit d'un véritable état mélancolique avec délire d'incurabilité, paroxysmes anxieux et raptus suicides; ou bien il s'agit de préoccupations intermittentes à caractère obsédant et impulsif. Dès lors, l'angoisse, avec ses symptômes physiques, donne une forme précise aux craintes du malade et le pousse à se donner la mort, car, ainsi que le fait remarquer Séglas, « l'obsession s'accompagne toujours d'angoisse avec palpitations, gêne respiratoire, etc..., qui peuvent faire craindre aux hypochondriaques d'être atteints d' « angor pectoris. »

Huchard (1) a rapporté, il y a quelques années, une observation d'*hypochondrie à forme anginophobique* terminée par le suicide : « La névralgie intercostale chez les hypochondriaques, dit cet auteur, prend le caractère de l'angor pectoris... Il s'agit d'un sujet prédisposé à l'aliénation par ses antécédents héréditaires qui ressentit tous les symptômes de l'angine de poitrine : obsédé par cette idée, il se tua. *C'était une obsession mentale entretenue par un diagnostic erroné.* » — Il n'est plus question dans ce cas de « vers poilus » ou de « nerfs gros comme le poing. » Les idées hypochondriaques sont beaucoup moins absurdes, et, par conséquent, le caractère pathologique du suicide n'est pas absolument évident à un examen un peu superficiel.

Toutefois deux éléments permettent au médecin d'apprécier avec exactitude ces cas où des idées hypochondriaques simples et non délirantes ont entraîné néanmoins le suicide. C'est d'abord la disproportion entre les symptômes physiques réels et l'importance exagérée attribuée à ces symptômes par le malade, disproportion qui dénote chez ce dernier une prédisposition psychopathique. C'est ensuite l'apparition de l'état anxieux, qui explique la soudaineté d'un dénouement tout à fait inattendu.

Mais l'anxiété n'est pas nécessaire pour qu'un sujet se croyant atteint d'une maladie imaginaire songe à se donner la mort ; les idées de suicide se montrent parfois à la suite d'une période

(1) Huchard, *Société médicale des Hôpitaux*, 3 février 1893.

pendant laquelle le malade paraissait beaucoup plus désireux de guérir de son mal que d'en finir avec la vie. « L'idée de suicide dans l'hypochondrie, dit Sollier[1], est de très mauvais augure; outre qu'elle peut se réaliser, elle indique un état grave ayant peu de tendance à guérir ou devant faire craindre des récidives ». Et, quelques pages plus loin, le même auteur ajoute [2] : « Ce qui doit inspirer les plus grandes craintes, ce sont les idées de suicide auxquelles les hypochondriaques cèdent si souvent, lassés qu'ils sont d'une maladie que tout le monde est impuissant, non seulement à guérir, mais soi-disant même à reconnaître. »

Ainsi, dans tous les cas où l'élément hypochondriaque fait partie d'une affection mentale à type nettement dépressif, cet élément doit être compté parmi les causes possibles de suicide. Ceci s'applique aussi bien au délire hypochondriaque absurde d'un dément ou d'un grand débile qu'aux obsessions nosophobiques angoissantes d'un neurasthénique ou aux idées d'incurabilité d'un mélancolique anxieux ou non.

Dans des circonstances si différentes, le suicide a toujours les caractères d'un acte pathologique, soit qu'il ait été le résultat d'une impulsion, soit qu'il ait été décidé à la suite de craintes exagérées ou fausses, — ce qui ne veut pas dire sans fondement, ni sans prétexte organique. Ces craintes sont tantôt absurdes et tantôt vraisemblables, suivant le niveau global des facultés psychiques du malade qui les ressent; mais elles rentrent toutes dans la catégorie des conceptions délirantes, parce qu'elles représentent pour le malade un article de foi, parce qu'elles résistent à tous les raisonnements, et non pas parce qu'elles sont fausses. Pour qui se croit fermement atteint, à bon droit ou non, d'une maladie incurable et douloureuse, la réaction par le suicide apparaît comme une réaction presque logique.

Les aliénés qui se suicident sous l'influence d'idées hypochondriaques sont nombreux ; et, pour cela, il n'est pas nécessaire que leurs idées, toujours délirantes, aient un caractère évident d'absurdité. Il n'est même pas possible de déclarer, d'après la nature de ses préoccupations, si tel hypochondriaque appartient ou non à la catégorie de ceux qui se suicident.

(1) Sollier, *Séméiologie des maladies mentales*, p. 275.
(2) Id., *ibid.*, p. 289.

En pratique, on doit considérer comme valable la division de Legrand du Saulle, en hypochondriaques craignant la mort (*malades qui se soignent*) et en hypochondriaques craignant la douleur (*malades qui se tuent*), avec cette restriction, toutefois, qu'il n'existe pas entre les deux espèces une ligne de démarcation absolue. — Où finit la neurasthénie, l'hypochondrie simple, la nosomanie de Mars ? — Où commence la mélancolie hypochondriaque, l'hypochondrie délirante, sur laquelle le traitement moral perd ses droits ? — A quels signes reconnaître, dans les cas indécis, que la crainte de la mort l'emporte sur l'appréhension de la souffrance? — Nous avons vu que la plus ou moins grande vraisemblance des conceptions nosophobiques ne peut servir à établir cette distinction. Le plus souvent l'intensité apparente de ces conceptions ne sera guère plus utile : Dubois (de Berne) écrit à ce sujet : « Ce qu'il y a de terrible pour le malade, la famille, le médecin, c'est que le danger de suicide n'est nullement en proportion de l'intensité apparente de l'idée délirante. Tel malade qui gémit et marche dans sa chambre, en proie à une indicible angoisse, n'aura même pas l'idée du suicide. Tel autre qui, avec un calme apparent, nous raconte ses contrariétés, ou ne se plaint que de symptômes gastriques, se donnera la mort à la sortie de votre cabinet (1) ».

Ballet dit de même : « Les idées et les tentatives de suicide sont communes chez les mélancoliques hypochondriaques; elles sont beaucoup plus rares dans l'hypochondrie simple qui nous occupe. On les y observe cependant. J'ai eu récemment à déplorer le suicide par pendaison d'un malade qui se croyait atteint, sans aucun motif sérieux, d'un cancer de l'estomac, et à l'égard duquel sa famille avait refusé de prendre les mesures que l'état comportait (2). »

Lorsqu'une tentative de suicide survient inopinément chez un malade qui ne donnait pas jusque-là d'inquiétudes à cet égard, il faut songer au rôle possible de la contagion mentale (3) : les souffrances physiques et morales diminuent la force de résistance

(1) Dubois (de Berne), *Traitement moral des psychonévroses*, p. 217.

(2) Gilbert-Ballet, *Psychoses et affections nerveuses*, Paris, O. Doin, 1897, p. 149.

(3) Vigouroux et Juquelier, *La Contagion mentale*, 1 vol. de *la Bibliothèque de psychol. expérim.*, Paris, O. Doin, 1904.

des hypochondriaques à l'influence de l'exemple. Dans une épidémie de suicides à l'asile de Clermont (12 cas en 14 mois), Rinckenbach [1] signale un hypochondriaque qui se pendit avec une serviette.

Après avoir envisagé des situations si diverses, allant de l'état démentiel avec dépression ou de la mélancolie délirante à la nosophobie intermittente, nous arrivons à cette conclusion que les états hypochondriaques, à tous les degrés, peuvent se terminer par le suicide.

Or le problème médico-légal le plus fréquemment soulevé par les cas de suicide est le suivant: l'acte par lequel un individu a mis fin à ses jours, est-il, ou non, un acte de libre arbitre? — Toute question de doctrine est ici mise à part, et l'homme normal jouissant de son libre arbitre est, en pratique, opposé à l'aliéné qui a perdu le contrôle de soi-même. — La solution de ce problème importe particulièrement dans les faits où le suicide *volontaire* dégage une compagnie d'assurances sur la vie de toute obligation envers les héritiers d'un de ses clients.

Nous croyons qu'à cet égard, non seulement il n'y a pas de règles fixes, mais qu'il n'y a pas non plus de règles s'adaptant à la majorité des circonstances. Tous les sujets présentant des préoccupations hypochondriaques ne sauraient être considérés comme des aliénés à proprement parler. Sans doute l'homme qui se suicide parce qu'il a de son état de santé une opinion faussement défavorable n'est pas entièrement libre dans le choix de sa décision. Mais il existe des cas dans lesquels la mise en évidence de l'élément psychopathique qui a pesé sur le suicide est extrêmement difficile. Certains nosophobes intermittents ont conscience du caractère morbide de leurs crises obsédantes dans les intervalles qui séparent celles-ci, et parviennent à les dissimuler même à leur entourage; s'ils se suicident, la cause de leur mort reste inconnue. — Un malade, cité par Féré [2], croit avoir contracté la syphilis. C'est en vain que les médecins consultés lui affirment le contraire. Cet homme se tue parce que sa conviction erronée résiste à plusieurs avis autorisés. Il semble bien qu'il s'agisse ici d'un suicide pathologique. — D'autres,

(1) Rinckenbach, Thèse de Paris, 1903-1904.
(2) Féré, *La Pathologie des émotions*, p. 410.

nombreux [1], se tuent parce qu'ils sont réellement devenus syphilitiques; dans ce cas ils réagissent à l'excès, mais non plus sous l'influence d'un mobile imaginaire. De plus, quel équilibre mental ce nouvel élément vient-il rompre? — L'un croit savoir que la syphilis entraîne à longue échéance des troubles nerveux d'une haute gravité, il s'imagine ne pas pouvoir échapper à ces troubles et leur préfère une mort rapide; peut-être ce malade était-il un hypochondriaque constitutionnel qui sous l'influence de sa prédisposition psychopathique, n'a pu envisager que l'hypothèse d'une syphilis grave. L'autre ne songe qu'aux conséquences immédiates de son aventure: un mariage rompu, l'avenir compromis, et se tue pour échapper à de réels ennuis. Appartient-il encore à l'aliéniste d'apprécier l'acte de ce désespéré?

Même dans les observations à propos desquelles il peut être démontré que le suicide résulte de la crainte des conséquences improbables d'une maladie réelle, il ne faut pas compter seulement avec la prédisposition hypochondriaque du sujet; il faut faire la part des circonstances extérieures et en particulier des théories pathologiques régnantes et répandues dans le public.

Un malade apprend par hasard qu'il est atteint d'une tumeur maligne déjà inopérable, et que, de l'avis de tous les gens compétents, il doit mourir à bref délai; s'il se tue, personne ne songe à expliquer cet acte par un trouble des facultés psychiques. L'élément psychopathique paraît intervenir, au contraire, chez le syphilitique mettant fin à ses jours par crainte de la paralysie générale. Mais cette crainte n'est-elle pas constamment entretenue à l'époque actuelle en dehors du monde médical, par la publicité des communications et des discussions scientifiques, et par les efforts, louables à tant d'autres points de vue, de ceux qui luttent contre les funestes conséquences sociales de la syphilis?

Si, d'après les règles habituellement suivies, les compagnies d'assurance doivent solder les héritiers d'un aliéné suicidé parce qu'un « aliéné ne peut être réputé avoir péri victime d'une mort volontaire » (Legrand du Saulle [2], la difficulté à propos des hypochondriaques suicidés est de déterminer où commence l'aliénation

(1) A. Fournier, *Le Suicide chez les syphilitiques. Acad. de méd.*, 1903.

(2) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale*, 2me édition, p. 1244, cité par Vallon (in *Traité de pathologie mentale*, de Gilbert Ballet, Doin, 1903, p. 1551).

mentale. Le devoir de l'expert, chargé d'éclairer la justice dans un cas obscur, paraît être de rechercher dans les antécédents du suicidé les traces de la prédisposition hypochondriaque. Même en dehors des cas évidents de délire, de démence ou d'anxiété, quand des deux éléments qui créent l'hypochondrie, l'élément psychique *constitutionnel* a une importance capitale, et a donné lieu à des idées ou des préoccupations hors de proportion avec les troubles cœnesthésiques *accidentels*, il est permis de conclure que la mort n'a pas été volontaire. Quand l'enquête faite à ce sujet est de prime abord négative, l'expert doit songer que le suicide peut survenir en dehors de toutes prévisions, sous l'influence de préoccupations hypochondriaques légères en apparence, ou de préoccupations intenses et angoissantes, mais longtemps dissimulées.

Ces dernières notions n'ont pas qu'un intérêt médico-légal et rétrospectif. Le médecin qui se charge du traitement des « hypochondriaques simples » ne doit pas les perdre de vue, s'il veut prendre à l'égard de ses malades toutes les précautions utiles, et dégager en même temps sa responsabilité matérielle ou morale.

***

C'est avec intention que nous n'avons pas fait allusion, à propos du suicide, aux hypochondriaques se donnant *involontairement* la mort. Le fait se produit quelquefois dans les cas d'*auto-mutilation*; mais, de même qu'on doit rattacher au suicide proprement dit, les observations de blessures plus ou moins graves à la suite desquelles la mort n'est pas survenue, malgré l'intention du malade, il convient de décrire à part l'auto-mutilation pratiquée par l'hypochondriaque dans un but de défense, quelle qu'en soit la gravité, et si même cette auto-mutilation entraîne la mort.

Une telle réaction est le plus souvent la conséquence d'idées délirantes absurdes, mais motivées par des sensations douloureuses en rapport avec une lésion de voisinage. Nous avons déjà signalé un de nos paralytiques généraux qui élargissait la plaie opératoire de son phlegmon de la main, pensant donner issue à des serpents qui le dévoraient.

Morel [1] a rapporté l'histoire d'un hypochondriaque, atteint de

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 860.

rétrécissement mitral, qui s'enfonça un tranchet dans la région du cœur pour en faire sortir un animal qui lui rongeait cet organe. Des exemples analogues ont été cités par Rousseau (1), par Journiac (2). Ce dernier auteur rapporte l'observation d'un alcoolique chronique hypochondriaque qui, sous l'influence des troubles de la sensibilité, se coupa un orteil avec un sécateur, et celle d'une malade qui se fit arracher toutes les dents dans un but thérapeutique.

Paul Garnier nous a communiqué quelques notes inédites à propos d'une intéressante observation de ce genre. Il s'agit d'un homme de 29 ans, entré le 30 janvier 1893 à l'infirmerie du Dépôt. C'est un débile avec délire triste de couleur hypochondriaque : il gémit continuellement en se frictionnant le creux épigastrique, où il a déterminé une plaie. Cette friction a pour effet, dans sa pensée, de déplacer le ver qu'il a dans l'estomac, et qui est gros comme le pouce. Le malade fait même entendre par moments qu'il a eu l'intention de se faire un trou à l'estomac pour obliger le ver à prendre l'air : il a été surpris en effet se labourant la peau de la région épigastrique avec un morceau de fer arraché à son lit. Il eût été intéressant de savoir à quelle affection gastrique correspondaient, chez cet homme, les troubles de la sensibilité.

On conçoit que des pratiques de ce genre entraînent parfois la mort de ceux qui y recourent, et que, dans ces cas, la mort ne puisse être considérée comme volontaire. Le plus souvent, d'ailleurs, l'absurdité des idées délirantes ayant motivé la mutilation permet d'apprécier la gravité des troubles psychiques.

Enfin les malades dépassent parfois leur but, parce qu'ils ne sont pas avertis par la douleur de la gravité des blessures qu'ils se font. En effet, si leur sensibilité subjective est très développée et si des souffrances intolérables les décident à se frapper, leur sensibilité objective est, au contraire, très atténuée, ce qui leur permet de créer et d'entretenir des plaies dont ils ignorent l'importance.

(1) Rousseau, *Annales médico-psychologiques,* 1882.
(2) Journiac, *loc. cit.*, p. 40, 78.

L'HOMICIDE DES HYPOCHONDRIAQUES

Avec l'homicide d'origine hypochondriaque, nous abordons l'étude de faits dont la gravité intéresse au plus haut point la médecine légale judiciaire criminelle. Les hypochondriaques qui commettent des attentats contre la vie des personnes sont pour le petit nombre des *mélancoliques*, et pour la majorité des *persécutés*.

L'homicide est exceptionnel dans les états mélancoliques proprement dits, c'est-à-dire dans les états où n'intervient aucune idée de persécution, et le plus fréquemment il s'agit alors d'*homicide-suicide*. Le mélancolique en proie à des idées délirantes de ruine, de culpabilité, de déchéance physique irrémédiable, croit que les conséquences de ses malheurs imaginaires s'étendent à son entourage et que les siens sont perdus avec lui. La mort lui apparaît alors comme une solution désirable non seulement pour lui-même, mais encore pour sa famille. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions un assassinat précède une tentative de suicide. — Telles sont les deux observations de Maschka(1) et de Pincus(2) citées par Krafft-Ebing. Dans la première il s'agit d'un malade atteint de mélancolie, avec délire hypochondriaque : cet homme décide de se suicider, mais il commet au préalable une tentative de meurtre sur une femme qu'il aime pour ne pas la laisser seule.

L'observation de Pincus est celle d'un homme de 32 ans coupable d'incendie volontaire et de meurtre : G..., maître de poste,

(1) Maschka, cité par Krafft-Ebing, *Médecine légale des aliénés*, Traduction Rémond, 1900, p. 171.

(2) Pincus, cité par Krafft-Ebing, *loc. cit.*, p. 153.

contracte au cours de son volontariat une affection vénérienne qui ne laisse pas de traces. Il croit néanmoins son existence détruite et renonce à ses études universitaires. L'idée d'être incurable le rend de plus en plus triste. Un jour, dans un accès d'anxiété, il met le feu à une grange et tire un coup de revolver dans la tête de sa nièce, enfant qu'il aimait beaucoup. Arrêté, il déclare que, dégoûté de la vie, il avait résolu en outre de tuer sa mère, puis une autre personne et enfin lui-même. Il fut déclaré irresponsable : *Mélancolie avec préoccupations hypochondriaques ;* tare héréditaire ; existence irrégulière. — Il reste interné un an et demi, et est mis en liberté ; mais, bientôt repris d'angoisse, se laisse reconduire à l'asile.

De telles réactions sont rares dans les états dépressifs, et l'on considère habituellement l'hypochondriaque comme un malade plus malheureux que redoutable. Les hypochondriaques plus malheureux que redoutables sont les neurasthéniques constamment préoccupés de leur santé, ou atteints d'obsessions nosophobiques, qui s'en vont consulter un grand nombre de médecins, désespèrent à la fin de guérir et en arrivent à songer au suicide. Mais les préoccupations hypochondriaques s'associent parfois à des idées de persécution dans les délires polymorphes des débiles. Elles peuvent aussi se développer à l'occasion des troubles de la sensibilité générale et se montrer prédominantes dans certains délires systématisés (*hypochondriaques persécutés auto-accusateurs* de Ballet, *forme cérébro-spinale ou hypochondriaque du délire des persécutions* de Schüle, etc.). Ces associations peuvent alors provoquer des réactions dangereuses, et, en particulier, l'homicide.

Les hypochondriaques persécutés qui tuent ne se présentent pas comme les malades précédents avec l'attitude déprimée des gémisseurs. Ils insistent sans doute sur les troubles profonds qu'a subis leur santé, mais c'est pour mettre en évidence le mal qui leur a été fait par des persécuteurs imaginaires. Les uns rapportent leurs maladies à une intervention passée ; les autres se croient actuellement sous le coup de manœuvres nuisibles au bon fonctionnement de leur organisme : les premiers tuent pour se venger, les seconds pour se défendre.

La plupart des observations d'homicide par les hypochondria-

ques concernent les *persécuteurs de médecins* et les *hypochondriaques génitaux*.

Les uns, dit Krafft-Ebing « se croient mal soignés ; ils intentent à leurs médecins des procès en dommages-intérêts et se livrent ensuite à des voies de fait, si leurs accusations et leurs plaintes ne sont pas accueillies par la justice. »

Une observation de Marc (1) est célèbre et partout reproduite ou résumée : A l'âge de 44 ans, le cocher Bourgeois, sujet à des préoccupations hypochondriaques depuis son adolescence, commet une tentative d'assassinat contre le Dr Bleynie. Il accuse ce médecin de lui avoir conseillé, douze ans auparavant, des bains de rivière « qui ont aggravé son cas de la façon la plus terrible, en causant un refroidissement intérieur et en déplaçant les intestins ». Le crime était prémédité depuis plusieurs années : le pistolet avait été acheté six semaines auparavant. Bourgeois avoue son crime sans hésiter, regrette de n'avoir pas réussi et se promet de recommencer avec plus de succès.

Krafft-Ebing signale l'observation de Marc avec une autre analogue de Lorent (2). Journiac (3) rapporte également l'histoire d'un hypochondriaque persécuté, qui fit du scandale au domicile de son médecin, et lui écrivit à plusieurs reprises des lettres menaçantes. Le médecin dut solliciter l'autorisation de porter une arme chaque fois qu'il sortait. Nous avons récemment observé dans le service de M. le Pr Joffroy un paralytique général qui accusait avec une certaine persistance son médecin de l'avoir empoisonné en « mettant dans son lait des médicaments trop forts » et qui voulait sortir pour se venger.

C'est surtout après une intervention sanglante, suivie de quelques phénomènes douloureux un peu persistants, que certains sujets prédisposés à l'hypochondrie vouent à leur opérateur une haine féroce et pathologique. Aussi M. Picqué considère-t-il, à juste titre, les tendances hypochondriaques actives comme une contre-indication aux opérations non urgentes, comme par exemple, celle du varicocèle. Mais, par contre, l'action chirurgicale peut avoir une heureuse influence sur l'état mental d'un malade en supprimant

(1) Marc, *Les maladies du cerveau*, t. II, p. 14.
(2) Lorent, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XXXIII.
(3) Journiac, *loc. cit.*, p. 48.

l'un des deux facteurs pathogéniques de l'état hypochondriaque, l'élément cœnesthésique et organique. Chaque cas particulier doit donc être discuté avec beaucoup de soins, et le médecin aliéniste serait appelé utilement à donner son avis à propos de l'intervention chirurgicale chez certains malades. Nous nous trouvons ici en présence des mêmes difficultés que pour apprécier le libre arbitre dans les observations de suicide, ou pour déterminer la responsabilité à propos des homicides. Dans tous les cas, il s'agit d'une question d'espèce, impossible à résoudre sans un examen approfondi de l'état mental du sujet.

Les préoccupations d'ordre génital sont fréquentes chez les hypochondriaques. Ceux qui les manifestent, avant d'être de véritables délirants, ont eu le plus souvent une vie sexuelle anormale : les excès de coït, les perversions sexuelles et surtout l'onanisme sont notés dans presque toutes les observations. Ces malades se livrent sur leurs persécuteurs à des tentatives d'homicide parce qu'ils les croient coupables, soit de leur avoir communiqué une affection vénérienne, soit d'avoir directement agi sur leurs fonctions génitales. Krafft-Ebing signale plusieurs observations dans lesquelles on retrouve ces accusations. Il rapporte, d'après Livi, l'histoire d'un homme de 23 ans, marié depuis deux mois à une femme qu'il aimait et qu'il tua à coups de hache. Ce meurtre fut commis sous l'influence de préoccupations hypochondriaques, suivies d'idées de persécution. L'assassin croyait qu'il « avait le sang pourri, le corps miné par sa femme qui lui avait pris sa virilité, qui lui avait volé ses organes génitaux (1) ».

Dans une observation de Meynert, un homme de 24 ans, fils naturel d'une mère débile, a été élevé par une tante prostituée avec laquelle il pratiqua le coït depuis l'âge de dix ans. Après une période de 3 mois pendant lesquels il accusa cette femme de « puer, et de lui avoir rendu le membre tout flasque », il la tue à coups de hache, boit le sang de sa victime et se frotte le visage avec un lambeau de peau arrachée au cadavre (2).

Si les hypochondriaques meurtriers ne sont pas des malades affaiblis au point de vue physique et mental à la suite d'excès

(1) Livi, *Arch. Ital.*, Juillet 1874 — (*In* Krafft-Ebing, *loc. cit.*, p. 198).
(2) Meynert, *Psychiatrie Centralblatt*, 1878. N° 7. (*In* Krafft-Ebing, *loc. cit.*, p. 199).

sexuels, ce sont des faibles d'esprit comme celui que concerne l'observation suivante :

Meurtre d'une prostituée par un débile hypochondriaque(1).

Le 29 octobre 1902, Charles L..., 36 ans, menuisier, assomme avec une bûche une fille publique qu'il accusait de lui avoir communiqué une maladie vénérienne. Il avait eu à plusieurs reprises depuis quelques mois des relations intimes avec sa victime, mais il ne l'attendait pas ce soir-là, et l'a tuée soudainement après avoir repoussé ses propositions.

C'est un homme chétif, ayant présenté dans l'enfance de la polyadénite cervicale tuberculeuse et n'ayant pas été jugé apte au service militaire. Voûte palatine ogivale, implantation vicieuse des dents, physionomie placide et niaise, instruction rudimentaire ; débilité intellectuelle et morale ; caractère doux, mais sombre. Pas d'antécédents judiciaires, pas d'alcoolisme, syphilis à 34 ans ; mère morte aliénée, père alcoolique.

L'acte criminel n'a pas été prémédité, mais le souvenir de cet acte ne provoque aucune émotion : la victime est venue, sans être attendue, chez L... qui l'a frappée dans un accès de colère soudaine parce qu'elle était saoule et qu'elle lui avait donné du mal; il a pensé qu' « elle n'en pourrirait plus d'autres. »

Hypochondrie constitutionnelle. Déjà très inquiet quand il avait eu la syphilis deux ans et demi environ avant son crime, il a pris pour une nouvelle affection grave une éruption herpétique, survenue à la verge, quelques jours après un coït avec la victime. Cette préoccupation persiste après le meurtre et s'ajoute à des craintes de phtisie.

Conclusions. — **L...** *est un faible d'esprit, qui, sous l'influence de préoccupations hypochondriaques poussées à l'excès (terreur de la syphilis), a commis un meurtre impulsif. Il doit être tenu pour irresponsable.*

A l'asile, L... n'a pas de remords de l'acte dont il s'est rendu coupable ; il continue à se montrer perpétuellement soucieux de sa santé.

Les hypochondriaques meurtriers, analogues à ceux qui viennent d'être cités, n'embarrassent guère les médecins-experts. La faiblesse de leur niveau intellectuel ou bien la netteté de leurs idées délirantes permettent d'affirmer qu'ils étaient en « état de démence

(1) Observation inédite, résumée d'après un rapport médico-légal obligeamment communiqué par M. le Dr Guyot, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

au temps de l'action », ou qu'ils ont obéi à une force irrésistible ; les préoccupations hypochondriaques n'ont été que le prétexte à propos duquel ont eu lieu des réactions de persécuté ou de débile. Mais, ainsi que nous le faisions remarquer à propos du suicide, tous les hypochondriaques ne peuvent être considérés comme des aliénés à proprement parler. Tous cependant sont en proie à des préoccupations pénibles qui diminuent leur force de résistance aux tendances impulsives et qui pèsent sur leurs décisions les plus librement choisies en apparence.

« Les hypochondriaques, dit Georget [1], sont de véritables aliénés, lorsqu'ils viennent à attribuer la cause de leurs douleurs à l'influence du poison, du diable, d'*ennemis*, lorsqu'ils s'imaginent avoir des jambes de verre ou de beurre, le corps en dissolution, ou être morts, etc. Hors ce dernier cas, les hypochondriaques ne sauraient être frappés d'*interdiction*; nous croyons cependant que s'ils commettaient des crimes ou des délits, on devrait souvent user envers eux de beaucoup d'indulgence. » Cette formule générale est bonne à retenir et nous croyons, avec Georget, que, parmi les hypochondriaques, il y a des sujets complètement irresponsables de leurs actes, et d'autres qui dans une certaine mesure seulement peuvent en rendre compte. La difficulté consisterait à établir la limite entre ces deux catégories et les signes par lesquels le médecin-légiste distinguera l'hypochondriaque irresponsable de l'hypochondriaque dont la responsabilité est simplement atténuée. — Ici encore il faut, en dehors de toute loi générale, mesurer l'indulgence à laquelle chaque malade a droit.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé l'homicide que chez les hypochondriaques véritablement aliénés : mélancoliques, persécutés, déments ou débiles. Nous pouvons déjà noter que, dans notre dernier exemple, les idées hypochondriaques sont vraisemblables (crainte de la syphilis consécutive à l'apparition d'une poussée d'herpès génital) : le caractère pathologique de l'homicide n'est pas évident d'après le seul exposé des faits et ne peut être mis en relief que par l'examen du meurtrier, débile hypochondriaque et impulsif. S'il se fût agi d'un homme ayant réellement contracté la syphilis, renseigné à cet égard par le diagnostic d'un médecin et

(1) Georget, *Dict. des sciences méd.* (en 30 vol.). Article *Hypochondrie*, p. 137

qui aurait frappé une personne l'ayant réellement contaminé, on ne l'eût sans doute pas tenu pour totalement irresponsable. Pourtant, même en cette hypothèse, on pourrait admettre que l'individu a pu réagir en *hypochondriaque*, terrifié à l'excès par la syphilis, ou bien en *débile persécuté*, convaincu qu'on l'avait volontairement rendu malade, ou bien encore en *impulsif*, incapable de résister à un désir punissable de vengeance.

L'affaiblissement des facultés critiques et le défaut plus ou moins marqué d'inhibition volontaire sont les conséquences ordinaires des préoccupations nosophobiques; les délits et les crimes des neurasthéniques doivent, pour cela, être jugés avec beaucoup d'indulgence, même quand l'hypochondrie n'est pas directement en cause parmi les mobiles de ces actes. Mais, dans certains cas d'un diagnostic difficile, ce n'est pas la responsabilité atténuée qu'il convient d'admettre, c'est l'irresponsabilité absolue.

« Dans la neurasthénie, écrit Krafft Ebing [1], on peut observer des pensées homicides fréquentes contre les parents les plus proches et les plus chers. Un fait important au point de vue médico-légal, est que jusqu'à présent, dans aucun cas connu, resté dans les limites de la neurasthénie, l'acte impulsif n'a suivi l'idée impulsive..... »

Cependant, « il peut être difficile et très périlleux de décider si un malade de ce genre doit être considéré comme dangereux ou abandonné à lui-même. D'après ce qui précède, il s'agit, en somme, de diagnostiquer une névrose d'une psychose. Dans les deux cas, le malade se présente avec de l'angoisse, de la dépression et de la mélancolie. Une analyse méticuleuse du cas et son évolution peuvent seuls éclairer la situation. La dépression morale du neurasthénique, qui n'est que la réaction temporaire, et *motivée*, à une représentation impulsive, doit être distinguée de la mélancolie vraie, primitive.

« Toutefois il faut être prudent dans l'appréciation du danger, car on passe facilement d'une maladie à l'autre; et à la neurasthénie peut toujours se joindre une mélancolie. »

De même qu'il est parfois très difficile de dire à partir de quel moment un neurasthénique peut devenir dangereux, il peut être

(1) Krafft-Ebing, *loc. cit.*, p. 363.

aussi très difficile de dire à partir de quel moment un prétendu neurasthénique devient responsable. Un crime commis par un neurasthénique nosophobe risquera d'être apprécié trop sévèrement s'il succède à quelques discussions domestiques et si l'on méconnaît chez l'auteur des pensées homicides, obsédantes et impulsives, ou des idées délirantes encore inavouées.

A cet égard, l'observation suivante de Bonfigli(1) est une de celles qui peuvent mettre l'expert dans l'embarras :

Le Dr C... 46 ans, neurasthénique hypochondriaque, affaibli physiquement et moralement, est accusé, sans doute faussement, d'avoir engrossé une jeune femme qui lui était confiée; l'opinion publique le croit coupable et sa femme paraît être de l'avis de tous. C... tue sa femme enceinte et blesse une amie de celle-ci...

..... « La période aiguë de la colère fut suivie de clarté mentale après l'acte, mais la maladie resta, après comme avant, une *neurasthénie hypochondriaque*, sans devenir de l'aliénation. »

Chaque fait présentant des difficultés particulières, il paraît impossible d'indiquer au médecin une ou plusieurs formules applicables à telle ou telle catégorie de sujets.

Le devoir de l'expert est de rechercher soigneusement à propos de chaque cas soumis à son appréciation la part du facteur psychique dans la genèse de l'hypochondrie. D'une façon générale, plus cet élément aura d'importance, plus la responsabilité de l'inculpé sera atténuée. Il n'appartient pas au médecin légiste, simple auxiliaire de la justice, de déterminer à propos d'un crime le rôle des circonstances occasionnelles ; il lui appartient plutôt de tracer de son client un portrait psychique permettant aux magistrats de bien connaître le sujet sur lequel ont agi ces circonstances.

***

Avant de quitter le terrain de la responsabilité pénale, nous devons dire un mot des *hypochondriaques incendiaires*. Le motif qui fait agir ces malades est parfois des plus bizarres : « Un individu atteint de mélancolie hypochondriaque allume un incendie

(1) Bonfigli. *Rivista sperimentale*, XI, 2, 3 ; XII, 1, 2, 3, *In* Krafft-Ebing, *op. cit.*, p. 365.

afin d'être mis en prison, parce qu'il ne sait pas d'autre moyen pour ne plus rencontrer de femmes ; la simple vue de celles-ci provoque chez lui l'onanisme, dont il connaît le danger pour sa santé(1). »

Mais le plus souvent l'hypochondriaque incendiaire poursuit un dessein de vengeance comme l'hypochondriaque meurtrier. Tout ce que nous avons dit de celui-ci peut s'appliquer à celui-là. En voici un intéressant exemple.

Incendie volontaire par un hypochondriaque débile et persécuté, halluciné de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale (2).

D..., 25 ans, célibataire, ouvrier jardinier, d'une intelligence au dessous de la moyenne, se plaignait déjà depuis longtemps de sa santé, lorsqu'il but un jour, chez ses parents, de l'eau puisée dans un seau ayant contenu quelques jours auparavant une solution très étendue d'acide phénique. Il déclara qu'on avait voulu l'empoisonner, ne parla plus aux siens et prépara lui-même sa nourriture : quinze jours plus tard il mit le feu à une grange appartenant à son père. Arrêté, il déclara avoir voulu se venger de ses parents.

Examen médico-légal : Malingre, débile intellectuel et moral. Une pleurésie et un début de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies et phénomènes pénibles paraissent avoir été le point de départ de conceptions hypochondriaques très actives et déjà anciennes.

« On lui a fait descendre le cœur dans le ventre par un secret, et le sang s'est répandu. Son ancien patron l'a empoisonné avec de l'arsenic et l'a rendu idiot. Dans sa famille, on lui a travaillé la tête, les jambes et les reins qui ont été brisés par un secret ». Hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût, troubles de la sensibilité générale. Désirs de vengeance. Incendie.

Conclusions. — Délire de persécution chez un débile hypochondriaque. Irresponsabilité.

(1) Livi, *Arch. Ital.*, juillet 1884.

(2) Observation inédite, résumée d'après un rapport médico-légal obligeamment communiqué par M. le Dr Guyot, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Chalons-sur-Marne.

L'HYPOCHONDRIE TRAUMATIQUE

Depuis quelques années, l'application de la loi de 1898 sur les *accidents du travail* nécessite fréquemment l'intervention du médecin légiste. Parfois, cette intervention concerne toute une série d'états morbides qu'on peut grouper sous le nom de *psycho-névrose traumatique* et dans lesquels les signes d'hystérie, de neurasthénie ou les préoccupations hypochondriaques proprement dites s'associent de mille manières. L'expert est souvent très embarrassé pour estimer le tort réel causé par une blessure professionnelle à un individu chez lequel des phénomènes morbides persistent d'une façon anormale, et en dehors de toute lésion organique appréciable. Il doit éliminer d'abord les faits de simulation proprement dite. Il doit songer ensuite à la suggestion que des agents d'affaires sans scrupules entretiennent chez les accidentés [1] et grâce à laquelle l'état des malades s'aggrave d'une façon réelle, l'accident et ses conséquences prenant à leurs yeux une importance démesurée. Le rôle du médecin ne diffère guère ici de ce qu'il est dans les expertises de tout genre concernant les diverses variétés d'état hypochondriaque.

L'expert doit se préoccuper de montrer aux magistrats quelle est, chez l'individu examiné, la proportion, généralement inverse, dans laquelle ont agi les deux éléments créateurs de l'hypochondrie : la prédisposition psychique *constitutionnelle*, et la circonstance *accidentelle*, en l'espèce le traumatisme physique ou moral. Mais, quelle que soit l'importance du facteur psychopathique, si les faits montrent une déindubitable relation de cause à effet entre

(1) Voir à ce sujet Forgue et Jeanbrau, *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail*. Masson, Paris, 1905, p. 115 et suivantes.

l'état morbide et l'accident, il doit être fait état de l'atteinte portée à la capacité professionnelle de l'accidenté.

Comme le conseillent Forgue et Jeanbrau [1], il est prudent toutefois d'indiquer dans les conclusions du rapport : *que l'affection présentée par le blessé n'est pas due à une lésion organique, mais à un trouble de fonctionnement du système nerveux, dont il est impossible de prévoir les suites, mais qui peut disparaître spontanément, comme aussi persister indéfiniment et même s'aggraver, sans qu'il y ait lieu de soupçonner la simulation* ».

Quand il est consulté pour des questions d'indemnité en général, et au sujet de l'application de la loi de 1898 en particulier, l'expert doit éviter deux écueils :

1° Il ne faut pas considérer comme simulés tous les phénomènes morbides qu'on ne peut rattacher à aucun substratum organique. Une telle erreur aurait pour première conséquence de léser les intérêts matériels de l'accidenté et pourrait ensuite le désespérer. — Bouveret cite l'exemple de deux malheureux ouvriers soupçonnés de simulation et qui recoururent au suicide. — Grasset signale le cas d'un sujet dont l'état s'aggrava à la suite d'un reproche injuste de simulation.

2° Il ne faut pas suivre certains hypochondriaques processifs dans des déductions vraisemblables, mais fausses. Chez quelques malades, en effet, la prédisposition hypochondriaque en puissance se manifeste à propos du moindre fait et les préoccupations pénibles sont rattachées après coup et rétrospectivement à des événements qui en réalité n'ont avec elles aucun rapport. Pour réclamer une indemnité, le sujet accuse un accident insignifiant ou imaginaire d'être la cause de tous les maux qu'il éprouve. Il s'agit souvent alors d'un véritable délire de persécution où l'élément hypochondriaque ne joue qu'un rôle accessoire et dont le caractère morbide n'est pas toujours reconnu d'emblée.

Forgue et Jeanbrau insistent sur la nécessité de ne pas laisser traîner en longueur les expertises concernant les accidents du travail avec phénomènes psycho-névropathiques consécutifs. — Les ajournements et les examens successifs inquiètent les ma-

(1) Forgue et Jeanbrau, *loc. cit.*, p. 147.

lades, dont toutes les sensations pénibles tendent à s'exagérer. Dans le cerveau d'un neurasthénique, l'idée d'incurabilité fait naître facilement l'idée de suicide, qui peut, il est vrai, rarement être mise à exécution[1].

(1) Castin, *in* thèse Reyne, (Montpellier 1903).

CONCLUSIONS

Les actes médico-légaux des hypochondriaques sont aussi variables d'aspect que les affections dont l'état hypochondriaque est toujours symptomatique.

Malgré cette diversité clinique, l'expert chargé d'examiner un hypochondriaque (*suicide*, *homicide*, *accident du travail*, etc.) retrouvera toujours les facteurs pathogéniques constants de l'idée hypochondriaque :

a. — Lorsque l'élément psychopathique et *constitutionnel* sera nettement prédominant, le libre arbitre, et, par conséquent, la responsabilité du sujet, seront presque toujours diminués.

b. — Quand, au contraire, l'élément cœnesthésique et *accidentel* l'emportera, la liberté de l'individu pourra demeurer à peu près intacte.

LE SYNDROME

DE LA

NÉVRITE ASCENDANTE

(NÉVRITES ASCENDANTES REGIONALES)

CLINIQUE ET EXPÉRIMENTATION

RAPPORT

PRÉSENTÉ

PAR M. LE DOCTEUR J. A. SICARD

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

On a coutume de dire que la pathologie du système nerveux est restée pendant longtemps une pathologie spéciale, différente par ses causes de celle des autres organes, et ne bénéficiant que timidement des acquisitions nouvelles, des notions de toxi-infection, qui, par ailleurs, s'imposaient à l'esprit des observateurs.

Il suffit, pour se détromper, de parcourir l'ensemble vraiment considérable de mémoires parus dès la fin du XVIIIe *siècle dans le domaine de la neurologie. On y trouvera la preuve démonstrative du contraire. L'infection, l'irritation inflammatoire y sont sans cesse mentionnées au point de départ des maladies nerveuses souvent très disparates entre elles, et le processus invoqué dans la plupart de ces cas est précisément celui qui doit nous occuper dans ce rapport :* le processus de névrite ascendante.

Le nerf périphérique est comparé à un tronc d'arbre dont les racines vont puiser à la périphérie les sucs utiles ou délétères que les tiges et les rameaux sont chargés de répartir au niveau des centres nerveux : allégorie qui a encore aujourd'hui sa part de vérité (voir affinité tétanique).

L'excès d'adoption de cette théorie, sa généralisation à outrance, devait amener un excès de réaction.

Quelques-uns des neurologistes les plus autorisés mirent en doute la réalité de la névrite ascendante. Après quelques observations indiscutables, la vérité s'établit pourtant dans de plus justes limites. On reconnut à nouveau l'existence de ce syndrôme, mais on le proclama très rare.

Qu'importe ! cette idée, jetée depuis près de deux siècles, avait suscité, et suscite encore des recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales.

Cette conception, hâtivement généralisée d'une névrite ascendante, responsable de la plupart des paralysies, n'a-t-elle pas forcé

a étudier de plus près, les voies d'apport, de passage, entre les nerfs périphériques et la moelle, entre les espaces sous-arachnoïdo-pie-mériens et les fentes interstilielles de la périphérie nerveuse?

Et n'a-t-on pas également, en travaillant à restreindre le domaine de la névrite ascendante, enrichi de conceptions nouvelles celui de la neuro-pathologie, en général?

C'est d'abord la genèse des myélites aiguës, envisagées non plus comme aboutissant de névrite ascendante, mais reconnaissant comme facteur primordial, une infection directe vasculaire sanguine.

C'est aussi l'étude des polynévrites et surtout du syndrôme de Landry (paralysie ascendante) dont on cherche à établir la formule histo-pathologique et qu'on range actuellement hors du cadre des névrites ascendantes dans celui des cellulo-névrites (Raymond), des neuronites motrices antérieures (Grasset).

C'est encore la preuve histologiquement faite de ces réactions à distance des cellules médullaires à la suite de lésions nerveuses périphériques, de sections, d'amputations, etc. Ces réactions centrales à distance nous expliquent le mécanisme, jusque-là considéré comme faussement ascendant, des altérations dégénératives (dégénérescence rétrograde) des nerfs, qui paraissaient débuter dans le bout central pour remonter vers les centres.

C'est enfin la mise en évidence expérimentale, non de névrites ascendantes, mais de conductibilités nerveuses spécifiques, toxiques ou microbiennes, d'un si grand intérêt pathogénique, dont le tétanos et la rage représentent deux exemples des plus démonstratifs.

Dans ce démembrement progressif, il y a place cependant pour un syndrôme de névrite ascendante auquel il faut laisser ses allures cliniques physio-pathologiques particulières, parmi lesquelles son unilatéralité, sa topographie régionale. *C'est le syndrôme de « névrite ascendante régionale post-traumatique »; celui qui sera à la base de notre étude.*

*
* *

Les processus nerveux, en général justifient leur originalité et leur individualité par l'autonomie même des groupements de

faisceaux. Cette solidarité dans un système, en même temps que l'indépendance relative de ce système, nous expliquent comment le clinicien doit en neurologie se familiariser chaque jour davantage, à l'exemple du professeur Grasset, avec la notion du syndrome, *du syndrome physio-pathologique qui est la maladie d'un ou de plusieurs systèmes associés et conspirant, physiologiquement, à une même fin.*

Ces idées de pathologie générale nous guideront dans l'étude de la névrite ascendante. Peut-être même, pour l'interprétation pathogénique de certains faits cliniques, aurons-nous recours à la notion de prédisposition, d'hérédité, de cette hérédité qui est susceptible de modifier le terrain, de marquer déjà « ab ovo » et d'une empreinte spéciale, certains systèmes de faisceaux au fur et à mesure de leur évolution embryonnaire, créant ainsi, à leur endroit, une fragilité spéciale devant l'atteinte toxi-infectieuse.

***

En dehors de ces considérations théoriques, il y a un intérêt directement pratique à connaître ces processus ascendants spéciaux qui peuvent survivre au traumatisme, à l'infection locale. Il ne faut pas les ignorer pour chercher à les prévenir ; et si malgré l'emploi des méthodes aseptiques les plus rigoureuses la réaction ascendante fait son apparition, on devra savoir la traiter ; on devra savoir armer et surtout retenir la main du chirurgien, selon telle ou telle indication, en n'oubliant pas que dans sa phase nettement déclarée, dans ses différentes étapes d'ascension successive, ce syndrome est certes plus d'ordre médical que chirurgical.

C'est dans le service et le laboratoire de M. le professeur Brissaud que j'ai pu étudier la plupart des faits cliniques et expérimentaux de ce travail. — Je tiens à remercier mon maître de la libéralité avec laquelle il a mis l'un et l'autre à ma disposition.

LE SYNDROME

DE LA

NÉVRITE ASCENDANTE

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE

Historique.
Définition et Délimitation.
Symptomatologie.
Formes.
Diagnostic.
Pronostic.
Anatomie pathologique.
Pathogénie.
Traitement.
Observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il n'est pas inutile d'insister sur les différentes étapes historiques qui ont précédé ou accompagné l'avènement en clinique de la « névrite ascendante ». Grâce à ce recul du passé, les termes du problème seront mieux posés et les cadres de ce syndrôme pourront être plus scientifiquement groupés.

Nous pouvons distinguer, au point de vue clinique, sans parler de l'expérimentation, deux grandes périodes historiques. 1re PÉRIODE : *Période d'adoption excessive ;* 2e PÉRIODE : *Période de contrôle ou de discussion critique.*

I

PÉRIODE D'ADOPTION EXCESSIVE (DE 1820 A 1880).

Il suffit de parcourir les thèses et les recueils publiés de 1820 à 1880, pour être frappé de la place qu'occupe à cette époque, en neuropathologie, « la névrite ascendante » ou « migratrice », comme l'appelaient déjà les Allemands.

Cette conception de la névrite ascendante *régnait alors en maîtresse.* C'est elle qui expliquait les paralysies dites dynamiques réflexes ou sympathiques, c'est d'elle que relevaient encore les paralysies dites de cause viscérale ou périphérique : paralysies d'origine rénale, utérine, intestinale. L'inflammation remontait de ces organes vers la moelle, pour l'enflammer et réagir sur la motilité et la sensibilité des membres inférieurs.

Nous retrouvons cette théorie dans Troja cité par Graves [1]. Troja paraît avoir entrevu, le premier, la possibilité d'un état inflammatoire se propageant par l'intermédiaire des nerfs jusqu'à la moelle.

« Une forte inflammation des reins peut gagner les nerfs de l'organe et par là atteindre la moelle épinière, et l'on a vu, dans ces cas, les extrémités inférieures paralysées de la sensibilité et du mouvement, et la mort s'ensuivre » (Troja).

« Ce que je voudrais vous montrer, dit Graves, s'adressant à ses élèves, ce que je voudrais graver à jamais dans votre esprit, c'est que *la douleur*, la paralysie et les convulsions, peuvent naître sous l'influence d'une affection périphérique des nerfs *par névrite disséminée en hauteur*, *ou névrite ascendante*, de sorte que ces phénomènes finissent par être confondus avec ceux qui résultent d'une altération primitive des centres nerveux. »

Puis, toujours à cette même époque, entre 1840 et 1860, les paraplégies dites urinaires attirent l'attention des cliniciens. C'est Gull qui cite trois observations concernant des malades atteints de gonorrhée chronique et qui présentèrent des troubles paraplégiques « dus à l'inflammation se propageant de proche en proche de l'urèthre à la moelle par l'intermédiaire des nerfs ».

C'est Leroy d'Etiolles, qui appuie l'année suivante les conclusions de Gull, et cite de nouvelles observations où les faits de paralysie les plus disparates sont invoqués comme étant sous la dépendance de la nouvelle théorie.

C'est Dumesnil qui, en 1864, 1865 et 1866, dans une série de travaux intéressants sur les névrites en général, « pense que *certaines affections médullaires* sont consécutives à des altérations périphériques ; altérations remontant de la périphérie au centre et donnant lieu à des modifications passagères ou permanentes de la moelle ».

Leyden (1868) cherche à établir que « des inflammations chroniques de la région abdominale, entre autres celles du petit bassin, de même que les inflammations intra-thoraciques, notam-

(1) On trouvera p. 11, des indications précises sur tout ce qui concerne la bibliographie de ce chapitre d'historique. Les mémoires avec les noms d'auteurs, y sont classés par ordre chronologique.

ment la pleurite et la péripleurite, peuvent se propager à la moelle et déterminer la péripachyméningite chronique ». Désormais, dit Leyden, « la névrite ascendante, descendante, disséminée, sympathique, ainsi que la possibilité de l'extension de l'inflammation à l'axe rachidien, sont des faits démontrés ; de plus, on voit que la péripachyméningite, plus rarement la myélite ou la myéloméningite sont les formes que revêt cette inflammation spéciale ».

Weir-Mitchell (1872), qui pendant la guerre de Sécession (1863), avait été chargé de diriger en Amérique un hôpital spécial pour les maladies nerveuses, put faire durant dix ans une série d'observations sur les névrites traumatiques et publia l'ensemble de ses recherches dans un livre resté célèbre, dont la traduction française nous a été fournie par Dastre (Paris, 1874). On trouvera, dans ce traité de Weir-Mitchell sur les lésions des nerfs, de nombreuses observations de névrites traumatiques, mais je m'empresse d'ajouter que deux ou trois observations typiques de névrite ascendante post-traumatique y sont seulement étudiées. Entre 1870 et 1880, paraissait une série de thèses soutenues, à Paris : celles de Couyba, Fournier, 1871, Bergeron 1876 Pineau 1878, Avezou 1879, qui toutes rapportent les faits cliniques de Weir-Mitchell, s'appuient sur les expériences de Hayem faites en 1873, sur celles de Leyden et de ses élèves et admettent sans conteste le rôle de la névrite ascendante dans la genèse d'un grand nombre de paralysies.

Axenfeld [1] se fit jusqu'à sa mort, 1876, le grand défenseur de la névrite ascendante. Un très grand nombre de faits cliniques, dit-il, démontrent la réalité d'une névrite ascendante se propageant jusque dans la moelle et donnant lieu aux lésions d'une myélite. Et plus loin, pour expliquer la pathogénie des paralysies dites, à cette époque, urinaires : « les filets nerveux qui rampent sous la muqueuse de la vessie ou de l'urèthre, sont irrités ou enflammés, cette irritation ou cette inflammation se propagent le long de ces troncs nerveux jusqu'aux centres médullaires qui vont s'enflammer à leur tour. Fourmillements et engourdissements des membres inférieurs, signes d'anesthésie, douleurs dorso-lombaires etc,

(1) Axenfeld, *Traité des névroses*, 2e édition, revue par Huchard, 1883

seront les signes témoins de la méningo-myélite. Ce ne sont pas seulement les maladies de la vessie (cystite, calculs vésicaux etc) qui donnent lieu à ces myélites, il faut encore ajouter : les affections des reins (néphrites, abcès des reins, etc; les affections de la prostate, les affections des organes génitaux ; de l'utérus ; les maladies de l'appareil digestif et surtout de l'intestin. Les paraplégies intestinales par névrite ascendante, moins fréquentes que dans les affections génito-urinaires, se montrent dans les entérites spontanées ou provoquées par l'abus de drastiques, les diarrhées chroniques, les ulcérations intestinales, la dysenterie, etc ».

Axenfeld, retraçant, dans une de ses dernières cliniques (1876), les observations que Landry avait publiées dès 1859, et celles que divers auteurs avaient relatées après Landry sur la paralysie ascendante, voit dans l'ensemble de ces faits une nouvelle confirmation *de la réalité et de la multiplicité des névrites ascendantes.*

Ce n'est donc pas à tort que nous pouvions dire au début de cet historique *que la théorie de la névrite ascendante vers 1860, régnait en maîtresse absolue et qu'elle synthétisait aux yeux des cliniciens et des physiologistes de cette époque le mécanisme pathogénique d'un grand nombre des troubles sensitifs et moteurs observés dans le domaine clinique et expérimental.*

Était-ce à la légère que les cliniciens d'alors avaient opté pour cette théorie ? Certes non. *Les discussions pathogéniques* à cet égard avaient été longues et passionnées. A côté de la conception de la névrite ascendante, il y avait eu place pour la notion de *l'irritation réflexe*, de *l'épuisement nerveux*, théories nouvelles qui trouvaient en effet de chauds partisans en Brown-Sequard et en Weir-Mitchell et Jaccoud.

Pour Brown-Séquard, *la théorie de l'action réflexe* jouait un rôle primordial. « L'excitation périphérique, disait Brown-Séquard, transmise à la moelle par les nerfs sensitifs, détermine une contraction des vaisseaux sanguins de l'organe de la pie-mère. C'est à cette contraction vasculaire et à l'insuffisance de la nutrition qui en est la suite que doit être attribuée la production de la paraplégie réflexe. »

Weir-Mitchell défendait à son tour *la théorie de l'épuisement nerveux*, théorie reprise et développée si brillamment par M. Jaccoud. « Lorsque les éléments nerveux sont soumis à une excitation violente et prolongée, ils finissent par s'épuiser et perdre leurs aptitudes et leurs propriétés. »

Cependant, il faut l'avouer, *la théorie de la névrite ascendante* même appliquée sans discernement à l'interprétation pathogénique de la plupart des paralysies nerveuses, obtenait la quasi-unanimité des suffrages. Elle ne s'appuyait sur aucun fait d'anatomie humaine dûment constaté, mais seulement sur un petit nombre d'expériences qui semblaient plaider en sa faveur. Elle avait su plaire, parce qu'elle apparaissait très simple. Les notions d'inflammation, d'irritabilité ne dominaient-elles pas, au point de vue philosophique, toute cette première moitié du XIXe siècle ? (1)

Voici, à titre de documents confirmatifs et par ordre chronologique, la nombreuse bibliographie puisée dans les recueils et mémoires de l'époque. Ce sont là travaux qui tous, directement ou indirectement, se rapportent à l'époque brillante de la névrite ascendante, d'une névrite ascendante basée sur des fausses conceptions. Il était intéressant de les aligner. Leur nombre est vraiment imposant, et s'opposera, en contraste frappant, avec la bibliographie si restreinte de la période contemporaine.

WILLIS. — *De anima brutorum quæ hominis vitalis et sensitiva est* (*Opera omnia*. Genève. 1680).)

C. FABRICIUS. — *Dissertatio*, Helmstadt, 1750 (*Obs. de paralysies post-dysentériques*, citée par J. Franck).

MŒNNICH. — *Obs. de paralysies vermineuses* (*Biblioth. méd.*, Paris, 1800, vol. LXI, p. 269).

COMHAIRE. — *De l'extirpation des reins* (Thèse inaug, Paris, 1803).

GRAVES. — *London Medic. et Surg.*, 1832. *A System of clinical Medicine.* London, 1843, et traduction Jaccoud, 1871.

STANLEY. — *On irritation of the spinal cord and its nerves in connection with disease in the kidneys* (*Med.-chir. Transact.*, XVIII, 1833).

DUPARCQUE. — *Obs. de paralysie utérine* (*Maladies de matrice*, t. I p. 8 et 328, 1839).

MARSHALL HALL. — *On the diseases and derangements of the nervous system* London, 1841.

(1) GLEY, *Essai de philosophie et d'histoire de la biologie* (Paris, 1900).

Zabriskie. — *On paralysis sympathetic of visceral disorders* (*Amer. Journ of med. sc.*, 1841 ; et *Gaz méd. de Paris*, 1842).

Lisfranc. — *Obs. de paraplégies utérines* (*Clin. chir. de la Pitié*, t. II, Paris, 1842).

Martinet. — *Hémiplégie par affection des nerfs périphériques* (*Arch. de méd.*, 1843).

Holland. — *Obs. de paralysies vermineuses* (*Edinb. med. et surg., journ.* 1845).

Kennedy. — *Paralysie du bras survenant à chaque crise de névralgie dentaire* (*Dublin quarterly journal of med. sc.*, 1850).

Macario. — *Des paralysies dynamiques ou nerveuses*, 1859. — *Des paralysies essentielles* (*Ann. méd. de la Flandre occ.*, 1859), — *De la paralysie pneumonique* (*Bull. de thérap.*, 1850).

Sandras. — *Paralysies urinaires* (*Gaz. des hôp.*, 1872).

Barlow. — *Paralysis from chronic softening of the spinal cord, apparently induced by periphérial injury* (*Med. Times*, octobre 1853).

Abeille. — *Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite.* Paris 1854.

Gull. — *Cases of paraplegia associated with gonorrhœa and stricture of urethra* (*Med. chir. Transact.*, XXI, 1856).

Borel. — *Paraplégie et hématurie*, etc. (*Bull. de thérap.* 1857).

Spencer Wells. — *Incomplete Paralysis of the lower extremities connected with disease of the urinary organs* (*Med. Times and Gaz.*, 1857).

R. Leroy d'Etiolles. — *Des paralysies des membres inférieurs*, t. II, Paris, 1857.

Esnault. — *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon périutérin* (Thèse de Paris, 1857).

Vallin. — *Des paralysies symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes* (Thèse de Paris, 1858).

E. Fournier. — *Paraplégie. Urines purulentes*, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, 1858).

Moore. — *Case of reflex paraplegia* (*Dublin Hosp. Gaz.*, 1859).

Bourbon. — *De l'influence du coït et de l'onanisme dans la station debout sur la production des paraplégies* (Thèse de Paris, 1859).

R. Remak. — *Ueber die durch neuritis bedingten Lähmungen neuralgien und Krämpfe* (*All. med. Central*, 1860, 12, et *Œsterr. Zeitch. f. prakt. Heilkunde*, 1860, 45 et 48. — *Ueber Paraplegia uro genitalis Med. cedtralztg.*, 1860, 21).

Barnier. — *Des paralysies sans lésions organiques appréciables* (Thèse de Paris, 1857). *Des paralysies musculaires* (Thèse d'agrégation, 1860).

Smith. — *Paraplegia occurring in young children induced by exposure to Wet and Cold* (*Lancet*, 1861).

Roché. — *Observation de paralysie du bras à la suite de l'avulsion de deux molaires* (Thèse de Paris, 1861).

BROWN-SEQUARD. — *Lectures on the diagnostic and treatment of the principal formes of paralysis of the lower extremities*, Philadelphia, 1861. — *Diagnostic et traitement des paraplégies*, Trad. Gordon, Montpellier, 1864. — *Remarks of some interesting effects of injuries of nerves* (*Arch. of scientific and pract. medicine*. New-York, 1873).

W. GULL. — *On paralysis of the lower Extremities consequent upon disease of the Bladder and Kidneys. Urinary paraplegia* (*Guy's Hopital Reports*, VII, 1861).

HERVIER. — *Des paraplégies essentielles causées par les drastiques* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1857 ; *Montpellier méd.*, 1861).

GIBSON. — *Paralysis from intestinal irritation* (*Lancet*, 1862).

HANDFIELD-JONES. — *On simple or neurolytic Paralysis* (*Brit. med. Journ.*, 1861). — *Some remarks on the causation of non organic paralysis* (*Brit. med. Journ.*, 1862).

KRANS. — *Des paralysies sans lésions matérielles appréciables*. Liège, 1862.

KUSSMAUL — *Zur Lehre von der Paraplegia urinaria* (*Wurzburger med. Zeitschrift*, VI, 1863).

RUSSELL. — *Paraplegia from Exhaustion of the spinal cord* (*Med. Times and Gaz.* 1863).

PALMER. — *On reflex hemiplegia* (*Lancet*, 1863, p. 700).

WORMS. — *De la paraplégie périphérique par refroidissement* (*Gaz. méd.*, Paris, 1863).

WEIR MITCHELL, G. MOREHOUSE et KEEN. — *Gunshot Wounds and other injuries of nerves*, Philadelphie, 1864. — Et *U. S. a. Circular*, n° 6. *Reflex Paralysis*, 1864

JACCOUD. — *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864, 338.

LEYDEN. — *Obs. de myélite succédant à une cystite* (*Centralblatt*, 1865). — *De paraplegiis urinariis*, Kœnigsberg, 1865. — *Sammlung klinische Vorträge*, *Ueber Reflexmungen*, Leipsik, p. 16. 1870.

DUMENIL. — *Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la névrite* (*Gaz. hebd.* 1866, p. 57).

TIESLER. — *Ueber neuritis* (*Inaug. Diss.*, Könisberg, p. 25, 1866).

FRASER. — *A case of recovery from reflex Paraplegia* (*Med. Times and Gaz.*, 1866).

ECHEVERRIA. — *Cases of paraplegia* (*American med. Times*, 1863). — *On the pathology of reflex paralysis and relation to the sympathetic systems* (*New York med. Journ.*, 1866).

DELIOUX DE SAVIGNAC. — *Des paralysies qui accompagnent et suivent la dysenterie* (*Ac. de méd.*, 1867).

HAYDEN. — *Case of acute Paraplegia arising probably from Exposure to Cold* (*Brit. med. Journ.*, 1867).

M'KENDRICK. — *Connexion of the presence of tœnia with paraplegia and epilepsy* (*Lancet*, 1868).

PAULET. — *Etudes sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs* (*Soc. de chir.*, 1868).

Reuillet. — *Etude sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus* (Th. de Paris, 1868).

Morgan. — *Calculus in the bladder with reflex Paraplegia* (*Med. Press. and circular*, décembre 1868). Cité par Leyden.

Desnos. — *Observation de congestion méningo-spinale a frigore* (*Gaz. méd. de Paris*, 1870).

Graves. — *Leçons de clinique médicale* (trad franç. par Jaccoud. Paris, 1863, et 3e édition 1871, t. I, p. 642).

Peter. — *Conférences cliniques sur la pelvi-péritonite et la paralysie utérine* (*Gaz. des hôp.*, 1872).

Legouest. — *Obs. de paralysies réflexes traumatiques* (*Chir. d'armée*, 2e éd. Paris, 1872).

Porson. — *Etude sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques des nerfs* (Th. Paris, 1873).

Wagner. — *Paralysies musculaires a frigore* (Thèse de Paris, 1873.)

Durand. — *Etude clinique sur quelques cas de paraplégie* (Thèse de Paris, 1873).

Hayem. — *Des altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin* (*Arch. de phys.*, p. 504, 1873).

Neumann. — *Trois observations de myélites consécutives à une affection rénale* (*Deutsch. Arch. für Klin méd.*, 1874).

Bonnemaison. — *Des paraplégies réflexes* (*Essais de clinique médicale*, p. 304. Toulouse, 1874). — *Des paralysies simulées* (même recueil).

S. Weir Mitchell. — *Paralysis from peripheral irritation* (*New York med. Journ.*, 1866). — *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences* (Traduct. franç.), Paris, 1874.

Delacroix. — *Hémiplégie droite consécutive à une pustule maligne de la paupière supérieure gauche* (*Soc. méd. de Reims*, nº 10, 1874).

Vulpian. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 185. — *Leçonssur tehologie expérimentale. Maladies du système nerveux*, 1877. — *Obs. de la un cas de retentissement médullaire à la suite d'une blessure dejambap droite. Atrophie musculaire* (*Clinique méd.*, p. 745, 1879).

G. H. Rœssingh. — *Beitrage tot de theorie der reflex paralysis* (*Note sur la théorie de la paralysie réflexe*). *Journal de méd.*, livr. d'octobre, p. 533, 1874 ; et *Revue des sc. méd.*, t. III, p. 115.

A. Laveran. — *Observation de myélite centrale subaiguë compliquée de néphro-cystite et d'infection purulente. Remarques sur les paraplégies dites réflexes* (*Arch. de phys.*, p. 866, 1875). — *Contribution à l'étude du tétanos et de la névrite ascendante aiguë* (*Arch. de phys*, 1877).

Gunhgofmer. — *Paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs, chez une femme atteinte de rein morbide* (*Prog. med. Wochens.*, 1876).

Lépine. — *Note sur un état parétique développé dans les membres du côté correspondant à un empyème* (*Soc. méd., des hôp.*, 1875 ; et *Union méd.*, 1876).

Follin et Duplay. — *Troubles de la motilité dans la hernie étranglée*, in *Traité de path. externe*.

BERGER. — *Des phénomènes nerveux qu'on observe dans l'étranglement herniaire*, (*Soc. chir.*, 1876).

NICAISE. — *Deux cas d'hémiplégie compliquant un étranglement herniaire* (*Gaz. méd. de Paris*, p. 530, 1876).

SCHWAHN. — *Ein Fall von Reflexlahmung nach Schussverletzung* (*Un cas de paralysie réflexe après des blessures par armes à feu*, in *Deutsche militairœrtz Zeitschrift.*, p. 342, 1876.)

W. ERB. — *Lahmung in Handbuch der kranheiten de nervensytems*, p. 359, Leipzig, 1876.

HAMILTON. — *On reflex paralysis and urinary paraplegia* (*Med. chir. Review*, 1876, p. 440).

NIEDIK. — *De la névrite ascendante et de ses conséquences* (*Arch. f. experim. Path.*, 1877, p. 204).

CHARCOT. — *Des paraplégies urinaires* (*Mouvement médical*, leçon de 1870 parue en 1872, et *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, 4e fasc., 1877, p. 295).

BOUCHUT. — *Lecons sur la névrite ascendante* (*Gaz. hôp.*, 1872). — *Influence des impressions morales sur la guérison de certaines paralysies* (*Gaz. des hôp.*, 1877, n° 41).

VILLETTE. — *Étude sur les accidents nerveux de la ménopause* (Thèse in. de Paris, 1877).

EICHHORST. — *Neuritis acuta progressiva. Hier. Tafel* VIII und IX (*Virchow's Arch.*, 1877).

INCHES. — *Paralysie après une grande fatigue* (*Bost. med. Journ. and surg.*, 1877).

ROTH. — *Expériences relatives à la pathogénie des paraplégies réflexes* (*Gaz méd. de Paris*, p. 408, 1877).

CUFFER. — *Paralysie radiale gauche a frigore, névrite ascendante avec phénomènes de trémulation convulsive du membre supérieur* (*France médicale*, 3 août 1878).

ANNANDALE, WHITEHEAD. — *Paraplégies produites par le phimosis* (*Brit. med., Journ.*, 1868).

SAYRE. — *Paraplégie produite par le phimosis* (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1878).

AUBOIN. — *De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques* (Thèse Paris, 1878).

BERTIN-DUCHATEAU. — *Contribution à l'étude des paralysies dites réflexes, et accidents consécutifs à la thoracenthèse* (Thèse de Paris, 1878).

PINEAU. — *De quelques accidents névropathiques à distance observés tardivement, à la suite de lésions des nerfs* (Thèse de Paris, 1878)

ÉTIENNE. — *Essais sur les troubles médullaire que peuvent entraîner des lésions traumatiques* (Thèse inaug., Paris, 1878).

TAKACS. — *Paraplegia réflectoria* (*Pester med.-chir. Presse*, Budapest, 1878).

FOURNIER-BERGERON. — *De la névrite ascendante* (Thèse de Paris, 1878).

CARRIEU. — *De la fatigue et de son influence pathogénique* (Thèse d'ag., Paris, 1878).

VIDAL — *Des points douloureux de la région vertébrale en rapport de correspondance avec les lésions de certains viscères de l'abdomen* (*Soc. biol.*, 1879).

CROUZET. — *Des points douloureux réflexes dans l'entero-colite chronique des enfants* (Thèse Paris, 1879).

TALAMON. — *Des lésions du système nerveux central d'origine périphérique* (*Rev. mensuelle de méd. et de chir.*, 1879, p. 580, 660, 732).

AVEZOU. — *De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et des lésions diverses des branches nerveuses digitales* (Thèse Paris, 1879).

GROS. — *Contribution à l'histoire des névrites* (Thèse Lyon, 1879).

CARRERA. — *Un case de paralysis reflejia* (*Indép. med.* Barcelone, 1879 et 1880, V. p. 78).

LE DENTU. — *Obs. de paraplégie urinaire*, service de M. Le Dentu, in *Journal de méd. et chir. prat.*, p. 304, 1879.

DE FOURCAULT. — *Étude sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections de l'appareil utéro-ovarien* (*Soc. médico-psych.*, Paris, 1879).

ONIMUS. — *Influence pathologique sur les centres nerveux des impressions périphériques des membres inférieurs* (*Soc. de méd. de Paris*, 10 mai 1879 ; et *Union méd.*, n° 88, p. 153, 1879).

FABRE (de Marseille). — *Des troubles nerveux de la vie de relation provoqués par des affections abdominales. Les relations pathogéniques des troubles nerveux*, Paris, 1880, p. 55.

H. B. HEMENAY. — *Reflex paralysis, caused by congenital phimosis* (*Chicago med. Gaz.*, 1880, p. 162).

TREUB. — *De la paralysie réflexe et de la névrite migratrice* (*Arch. für Experim. Pathologie*, t. XI, analyse in *Arch. de neurologie*. Paris, 1880, p. 278).

R. BOUSSI. — *Étude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines* (Thèse de Paris, 1880).

G. BOUILLY. — *De la contusion du nerf sciatique et de ses conséquences* (*Arch. de med.* décembre 1880).

DIEU (de Sétif). — *Paraplégie urinaire réflexe guérie par l'extraction d'un calcul de l'urèthre* (Discussion à la Soc. de chirurgie, 29 déc. 1880).

AXENFELD. — *Traité des Névroses* publié par Huchard. Paris, 1883.

II

PÉRIODE DE CONTRÔLE ET DE DISCUSSION CRITIQUE
(DE 1880 A NOS JOURS.)

Après cette première période d'adoption excessive, d'engouement à l'extrême, une réaction devait se produire. Tout d'abord, elle dépassa le but visé, allant jusqu'à la négation du syndrome.

Certains auteurs refusaient à la névrite ascendante droit de cité nosologique.

Peu à peu, une plus juste conception des faits cliniques se fit jour. Le démembrement de la névrite ascendante apparaissait nécessaire, mais jusqu'à de certaines limites. Le syndrome se dissocia. Ainsi dégagé de toute contingence, il put, en se restreignant, s'affirmer davantage.

Déjà Leyden, en 1874, faisait cette remarque importante, que, si les névrites inflammatoires, « et notamment les névrites traumatiques, se propagent facilement à la moelle et engendrent les paralysies, il n'en est pas de même de *névrites primitives*, qui ont une tendance, même avec les lésions très accentuées, à rester localisées et à guérir et qui ne deviennent que très exceptionnellement ascendantes ».

Axenfeld, peu après (1875), se demande, dans une de ses leçons cliniques, si ses précurseurs et lui-même ne se sont pas parfois trop avancés dans l'interprétation pathogénique des faits, et si la lésion médullaire n'intervient pas plus souvent qu'on ne le pense à titre primitif pour expliquer ces paralysies douloureuses, paralysies urinaires ou névralgies diffuses.

Charcot, (Leçons, juin 1876), (Clin. des mal. du syst. nerveux, t. II, p. 295), fait sa profession de foi tout en faveur de la névrite ascendante, mais prédit la scission de ce syndrome et invoque dans des cas nombreux la myélite primitive et les seules compressions des plexus lombo-sacrés dans la genèse de certaines paralysies.

Laveran, en 1879, publie une observation célèbre, partout reproduite, où il démontre par des examens pathologiques que les troubles trophiques purulents du rein, de la vessie et de certains accidents cutanés, observés chez son malade, étaient secondaires à des lésions myélitiques. « Il faut rejeter dans mon cas, ajoute-t-il, l'hypothèse de névrite ascendante, qui paraîtrait cependant encore probable à l'esprit de beaucoup. »

Puis le syndrome se dissocie davantage encore. Il ne fait plus partie de la variété de Landry, dite paralysie ascendante. On le soustrait au groupe des amyotrophies d'origine réflexe, articulaire ou autre (traumatisme ou amputation), au fur et à mesure que les nouvelles méthodes de coloration nerveuse nous per-

mettent de mieux apprécier les réactions cellulaires à distance. Nous ne le trouvons plus également à l'origine des myélites aiguës ; les derniers rapports de Grasset, de Vaillard (1), de Fischer, de Crocq (2), font foi de cet abandon. On l'envisagera désormais comme presque exclusivement consécutif au traumatisme, aux plaies des membres, aux infections localisées, c'est : la névrite ascendante traumatique.

C'est dans ce sens qu'elle est étudiée par la plupart des auteurs étrangers et français, et nous ne saurions mieux faire à cet égard, que de résumer en quelques lignes leur façon d'envisager la question.

Un seul auteur étranger, Mœbius (3), nie l'existence de la névrite ascendante : Je considère, dit-il, la névrite ascendante comme « une donnée mystérieuse », une « légende », une pure fantaisie (Phantaisiegebilde).

Oppenheim (4) lui consacre à peine quelques lignes dans son traité récent. A propos des douleurs névritiques causées par la carie des dents et du maxillaire, il fait un rapprochement avec les faits de névrite ascendante et migratrice, « qui jouait un si grand rôle dans la littérature ancienne ». Il cite les expériences de Homen, énumère les cas classiques de Marinesco, Gerhardt, Remak, et termine sans insister, par une note au bas de la page : « Dans la grande majorité des sujets qui m'ont été adressés comme atteints de névrite ascendante, j'ai pu reconnaître qu'il s'agissait uniquement de névrose traumatique, d'hystéro-traumatisme. Dans deux ou trois cas seulement, ce processus me paraissait légitime. »

Leyden (1899) est fidèle à la conception de la névrite ascendante, mais de la névrite ascendante restreinte à sa genèse traumatique.

Remak (5) n'a publié aucun nouveau cas depuis ceux relatés dans son traité des névrites et polynévrites. Il est un des promo-

(1) Grasset, Vaillard, *Congrès de Bordeaux 1895*, *Myélites infectieuses*.

(2) Fischer, Crocq, *Congrès de 1900*. Section de Neurologie. *Myélites aiguës*.

(3) Moebius, cité par Remak.

(4) Oppenheim, *Traité des maladies nerveuses*. Dernière édition. Berlin, 1905, p. 433, t. I.

(5) Remak, *Névrites et polynévrites*. Wien, 1899, cf. Halfle, p. 248.

teurs et défenseurs, en Allemagne, de la conception de la névrite ascendante post-traumatique, mais il avoue être assez sceptique sur les névrites ascendantes sans effraction cutanée, sans plaie préalable. Dans ces derniers faits, ajoute-t-il, on ne peut exclure l'infection, même en l'absence de phénomènes de suppuration.

Erb, qui a bien voulu me répondre récemment à ce sujet, ne m'a pas donné d'opinion ferme. « Je ne suis pas du tout au courant de cette question de neuro-pathologie. »

Marinesco (1) est un partisan fervent de la légitimité d'un syndrome de névrite ascendante à point de départ périphérique local toxi-infectieux.

En France, MM. Pitres et Vaillard, Grasset et Rauzier, Brissaud, Babinski, Gilles de la Tourette, M. et Mme Déjerine, MM. Marie, Guillain, Raymond, Schwartz, Lejars, Chipault, reconnaissent tous l'individualité clinique de la névrite ascendante traumatique.

Pitres et Vaillard (2), en parlant des névrites ascendantes, s'expriment ainsi : « Malgré la multiplicité des observations rangées sous cette rubrique, l'éventualité qu'elle vise n'est point commune, car on ne saurait considérer comme exemple légitime de névrite ascendante, tous les faits pathologiques et expérimentaux, dans lesquels se rencontre une lésion simultanée des nerfs, des racines et de la moelle... Et plus loin : la lenteur et l'évolution des névrites ascendantes ne s'allie pas avec l'hypothèse d'une infection progressive des voies nerveuses, dont le point de départ serait dans la plaie. La pathogénie reste obscure.

Grasset et Rauzier (3) isolent cette variété de névrite, du groupe des polynévrites et lui donnent le nom de « névrite isolée ».

Babinski (4) consacre a l'étude de ce syndrome, un important chapitre, il insiste sur la réalité du type clinique post-traumatique, sur sa rareté, sur la connaissance incomplète du processus anatomique, opposant cependant le peu d'intensité des lésions ganglionnaires et radiculaires, par rapport au remaniement profond de sclérose hypertrophique des troncs périphériques.

(1) Marinesco, *Névrite ascendante* (*La Presse Médicale*, 1898, p. 308, 2e semestre).
(2) Pitres et Vaillard, *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. X, p. 93.
(3) Grasset et Rauzier, *Mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 110, 1894.
(4) Babinski, *Traité de médecine*, 1894. Bouchard et Brissaud, t. VI.

Pour Déjerine (1) « Il s'agit évidemment d'une infection remontant le long des troncs nerveux... Toutefois, nous ne connaissons pas encore les conditions intimes de production de la névrite dite ascendante, car, bien que les plaies des mains et des doigts soient d'une fréquence banale, ce n'est que très rarement qu'elles sont suivies des symptômes de névrite ascendante. »

Marie (2), dès 1891, dans ses leçons cliniques, insistait sur ce processus de névrite ascendante infectieuse, à la suite d'amputations suppurantes, pour expliquer les lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle qu'il avait pu constater chez quelques-uns de ses malades.

MM. Gilles de la Tourette et Chipault (3) se rallient à la théorie de la névrite ascendante traumatique et décrivent à ce syndrome une étape radiculaire, deuxième phase succédant à la première périphérique, et se caractérisant par une intensité de douleur à un tel point paroxystique, que la section des racines postérieures s'impose parfois.

M. Guillain (4), dans un travail très documenté, se basant sur des faits personnels et sur un certain nombre d'observations publiées à l'étranger, passe en revue les cas de syringomyélie secondaires à des traumatismes, des plaies des membres. Il conclut à l'origine possible de la syringomyélie par névrite ascendante.

M. Schwartz (5) n'envisage également que la névrite ascendante d'origine traumatique. Il cite à l'appui une observation personnelle, et conclut à la pathogénie obscure de tels processus.

M. Lejars (6) insiste sur les névrites consécutives, surtout aux traumatismes ayant entraîné localement une suppuration prolongée.

Dans les différents volumes de « l'état actuel de la chirurgie nerveuse à l'étranger » publiés sous la direction de Chipault(7), je

(1) Déjerine, *Traité de pathologie générale*, 1903. *Pathologie du système nerveux*, p. 606.

(2) P. Marie, *Leçons sur les maladies de la moelle*. Paris, 1892, p. 82.

(3) Gilles de la Tourette et Chipault, *Presse médicale*, 1896, 1er semestre, p. 269.

(4) Guillain, *Syringomyélie par névrite ascendante*. Th. Paris, 1902, p. 135.

(5) Schwartz, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1897, t. IV, p. 110.

(6) Lejars, *Traité de chirurgie*, art. Nerfs.

(7) Chipault, *État actuel de la chirurgie nerveuse en France et à l'étranger* Trois volumes (1903).

n'ai trouvé, sous la plume des chirurgiens autorisés d'Allemagne, d'Angleterre, d'Égypte, d'Espagne, de Turquie, etc., aucun document se rapportant à cette question.

En dehors des traités classiques, les observations du médecin militaire Charvot (1), de Remy (2), Monod (3), Bonnet (4), Barret (5), Delorme (6), Mertens (7), Kausch (8), Krehl (9), Mlle de Majenwska (10), Quilliot (11), Raymond et Guillain (12), Brissaud (leçon orale, 1905), ont apporté une contribution importante à l'étude de ce syndrome.

Ainsi, par ces pages d'histoire contemporaine, nous voyons se préciser la notion de la névrite ascendante et d'une névrite ascendante consécutive aux infections localisées et aux traumatismes. Le chemin parcouru depuis les conceptions anciennes, est grand. Rien ne paraît s'opposer désormais à une définition rigoureuse et à une délimitation exacte du syndrome.

(1) Charvot (médecin militaire), *Arch. de médecine*, 1885.
(2) Remy, *Bulletins soc. de chir.*, 1892.
(3) Monod, *ibid.*
(4) Bonnet, Th. Lyon, 1892.
(5) Barret, *Arch. de méd. et de chir.*, t. XXII, 1893.
(6) Delorme, *Gazette des hôpitaux*, 1895.
(7) Mertens, *Ueber Neuritis ascendens traumatica* (*Inaug. dissert. Göttingen*, 1865).
(8) Kausch, *Neuritis ascendens deutsche med. wochenschrift.*, p. 151, 1896.
(9) Krehl, *Queleer Wanderde neuritis* (*Med. chir.*, t. III, p. 291).
(10) Mlle de Majenwska, Th. Paris, 1897.
(11) Quilliot, *Rôle des nerfs dans la conduction des infections.* Th. Paris, 1903.
(12) Raymond et Guillain, *Sem. méd.*, 1905, et *Soc. de Neurologie*, 1905.

CHAPITRE II

Définition et Limite du Sujet.

Le terme de névrite ascendante ne sera envisagé dans cette étude, que dans son sens restreint, dans celui qu'il aurait dû toujours conserver de névrite ascendante après infection locale, traumatique le plus souvent.

Aussi définirons-nous cette variété de névrite comme : « *un syndrome de région, à marche extenso-progressive, lente, et ascensionnelle de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité, cependant, de régression et de guérison ; syndrome dont sont responsables, au point de départ, le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé et dont le caractère le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême à crises paroxystiques.* »

Nous rappelons que ce syndrome, par sa définition même, par son étiologie spéciale, par ses allures cliniques à grands fracas, et même par son anatomie pathologique — quelque incomplète qu'elle soit encore — se sépare nettement :

1° Des processus histologiques *qui ne s'extériorisant que peu symptomatiquement,* frappent les nerfs périphériques (altérations dégénératives), et les cellules médullaires (réaction à distance), à la suite d'une lésion d'un tronc nerveux ou d'une amputation de membre, par exemple ;

2° Qu'il se sépare aussi, par *son allure nettement régionale*, de la paralysie de Landry, affection à caractère, il est vrai, ascensionnel, mais *à envahissement rayonnant, bilatéral et souvent symétrique*, à évolution rapide, à douleur inconstante et reconnaissant comme processus l'atteinte de l'ensemble des neurones spinaux anté-

rieurs (Brissaud) (cellulo-névrites de Raymond) (neuronites motrices antérieures de Grasset);

3° Qu'il se sépare encore de la névrite interstitielle hypertrophique de Déjerine. Cette variété de névrite réalise, il est vrai, le type d'une lésion scléreuse hypertrophique des nerfs périphériques, « névrite interstitielle hypertrophique ascendante se prolongeant dans les cordons postérieurs », mais, ce type reste à étiologie très obscure; de plus, *il est symétrique, bilatéral, et à caractère nettement familial;*

4° Qu'il se distingue enfin *des radiculites aacendantes pimives* (névrites radiculaires ascendantes d'emblée) dont on connaît un seul cas démonstratif [1] et qui paraît relever d'un processus méningitique. D'ailleurs, la phase radiculaire n'est pas ici précédée de l'étape obligatoire périphérique de la névrite ascendante vraie;

5° J'estime qu'il est nécessaire également de différencier le syndrome de névrite ascendante vraie, d'un autre groupe de faits qu'il est bien tentant, au premier abord, d'identifier dans le même cadre nosologique. Je fais allusion à ces toxi-infections ascendantes (toxine tétanique, virus rabique) qui, à la suite d'un traumatisme, d'une plaie, sont véhiculées le long des troncs périphériques (voir expérimentation), jusqu'aux centres nerveux. Il n'est pas douteux cependant que les réactions histologiques et les symptômes cliniques ne soient dans ces cas, d'ordre bien différent. Au cours du tétanos, durant la période d'incubation, l'ascension nerveuse périphérique de la tétanine se fait sournoisement, insidieusement, sans réaction sensitive ni motrice ; et en cas de guérison confirmée, chacun sait que les nerfs tributaires de la région traumatisée, ceux qui précisément ont véhiculé les plus grandes doses de poison, restent indemmes de toute manifestation douloureuse, parétique ou trophique.

Il en est de même pour la rage. On a reconnu d'une manière très positive (voir expérimentation) que le virus rabique localisé primitivement au siège de la morsure gagnait les centres nerveux en cheminant le long des nerfs périphériques; et pourtant, durant cette incubation, parfois si longue, aucun symptôme morbide ne

(1) DÉJERINE et EGGER, Névrite radiculaire sensitivo-motrice généralisée, à marche chronique ascendante (*Revue Neurologique*, 15 juin 1904).

paraît révéler cette imprégnation lente, continue, ascensionnelle du nerf par le virus rabique. La plaie de morsure est fermée depuis longtemps, et le membre atteint n'est, ou ne sera qu'exceptionnellement, pendant toute l'évolution rabique, le siège de phénomènes sensitifs ou moteurs. Peut-être même, dans les rares observations où quelques troubles nerveux localisés et rayonnant au loin de la plaie contaminée, ont été signalés, s'agissait-il de névrite ascendante vraie, indépendante de l'action du virus rabique, mais due à d'autres microbes d'association.

Pour l'ensemble de ces raisons, je pense qu'il faut éviter d'appliquer *à ces processus spécifiques* le terme univoque de névrite ascendante. Il s'agit là d'affinités spéciales pour le tissu nerveux lui-même, de vraies *ascensions nerveuses,* ou mieux, *de conductibilités nerveuses spécifiques* :

a) Nervo-conductibilité *toxique* — toxine tétanique et peut-être toxine diphtérique.

b) Nervo-conductibilité *microbienne* — virus rabique.

La clinique, l'expérimentation, l'anatomie pathologique, légitiment ces scissions.

Ainsi dégagé, le *syndrome de névrite ascendante régionale* dont le prototype nous est donné par la névrite ascendante régionale post-traumatique des membres supérieurs pourra être plus méthodiquement et scientifiquement étudié.

CHAPITRE III

Étiologie.

La névrite ascendante, telle que nous l'avons définie, peut-elle succéder aux traumatismes *fermés?* à une luxation simple, à une contusion, un choc? je ne le pense pas. Parmi les nombreuses observations parcourues à ce point de vue, je n'en ai trouvé aucune de vraiment démonstrative et dans le traité de Weir-Mittchell, dans les mémoires du médecin militaire Charvot, dans les Archives de Médecine militaire, plusieurs des cas signalés comme exemple de névrite ascendante à la suite de traumatisme fermé, sont manifestement des faits d'hystéro-traumatisme, de névrose traumatique.

Les traumatismes *ouverts* sont donc à l'origine des névrites ascendantes, et en règle à peu près absolue, les traumatismes à plaies infectées primitivement ou secondairement. Assez souvent, l'effraction s'est montrée minime, sans grands délabrements, et l'infection a été légère, avec peu de réaction, peu de suppuration.

Ces plaies reconnaissent le plus souvent, des causes banales :

Plaies par *piqûres* (1) (échardes de bois, aiguilles, clous, etc).

(1) Au temps où l'opération de la saignée était si répandue, on signalait assez fréquemment l'apparition de symptômes douloureux, consécutifs à la section et peut-être à l'infection de quelques filets nerveux du musculo-cutané ou du brachial cutané interne. On en trouve un exemple très net dans les œuvres d'Ambroise Paré (Ed. de Malgaigne, t. II, p. 115, Paris 1840). C'est le cas du roi Charles IX, qui vers 1564 souffrit quelque temps à la suite d'une saignée, de troubles nerveux régionaux. Voici le passage en question :

« Le roy ayant la fieure, Monsieur Chapelain son premier médecin et Monsieur Castelan, aussi médecin de Sa Majesté et premier de la Royne sa mère, lui ordonnèrent la saignée : et pour la faire on appela ung qui avait le bruit de bien saigner, lequel cuidant faire ouverture à la veine, piqua le nerf ; qui fit promptement escrier le roy, disant avoir senti une très grande douleur ». Il se produisit à la suite une contracture musculaire avec une douleur continue, et l'impossibilité pendant trois mois d'étendre ou fléchir le bras... (névrose traumatique ?) La guérison arriva subitement et se maintint complète.

Plaies par *coupures* (canifs, couteaux, éclats de verre, etc).

Plaies par *mutilations*, *arrachements*, *broiements*, *morsures d'animaux* (chiens, chats, loups), *armes à feu*, *courroies de transmission*, *scies mécaniques*, etc. On a encore signalé les *piqûres venimeuses*, (piqûres d'araignées, de frêlons) :

Enfin les *amputations*, avec moignons infectés, sont à l'origine d'assez nombreux cas de névrite ascendante.

Il est à remarquer :

a) Que les *plaies par section incomplète*, tiraillement, arrachement, piqûre des filets nerveux eux-mêmes, sont plus aptes à provoquer le processus névritique ascendant que les blessures par section nettement tranchante.

b) Également les lésions *des branches nerveuses de moyen calibre* plus que celles des gros troncs nerveux périphériques sont susceptibles de déterminer la réaction ascendante. Ainsi, sur 26 cas de névrites ascendantes légitimes, que nous avons relevés dans ces trente dernières années en France ou à l'étranger, sept seulement sont dues à des plaies des gros troncs nerveux avec signes objectifs directement consécutifs de lésions nerveuses ; et dans dix-neuf observations au contraire ce sont les branches moyennes ou filets terminaux (nerfs collatéraux des doigts par exemple), qui sont intéressés.

Encore trois autres remarques qu'il m'a été donné de faire.

c) D'une part la *prédominance et presque l'exclusivisme de la névrite ascendante des membres supérieurs* [1] (plaies des doigts et des mains), sur celles des membres inférieurs.

d) D'autre part, la *fréquence avec laquelle les branches du nerf cubital servent de processus initial à la névrite ascendante* comparativement aux branches du médian ou du radial.

e) Enfin cet autre fait que, si chez les adultes, les hommes sont relativement plus sujets que les femmes à la névrite ascendante en raison même de leurs métiers respectifs, *je n'ai relevé qu'une seule observation de ce syndrome parmi les enfants*, *les adolescents*

(1) Il est vrai que ces régions sont plus exposées aux traumatismes que les segments périphériques des membres inférieurs, mais même dans les observations des recueils anciens (Weir-Mitchell étudie de nombreux cas de plaies de jambe et de pied par armes de guerre), nous n'avons noté qu'un cas de névrite ascendante vraie, après coup de feu reçu à la cuisse.

ou les jeunes gens de moins de 20 ans, chez lesquels les blessures diverses (piqûres, coupures, plaies contuses des doigts) sont pourtant fréquentes.

Tout compte fait, *il s'agit d'un processus rare*. Pour ne citer qu'une statistique se rapportant *non pas à l'ensemble des plaies des membres* quelles qu'elles soient, mais à 148 cas *de plaies des troncs nerveux* avec lésions objectives (ensemble des statistiques de Weir-Mittchell, Charvot, etc.), nous ne trouvons que six cas de névrite ascendante, soit 4, 5 %. Encore ces observations ont-elles été recueillies pour la plupart à une époque ou l'antisepsie et l'asepsie étaient moins en pratique que de nos jours.

On n'a pas recherché méthodiquement quelle était la flore microbienne de ces plaies à évolution névritique ascensionnelle consécutive. Il est probable qu'il s'agit là de microbes de suppuration banale. Peut-être le streptocoque plus pathogène que le staphylocoque se rencontrerait-il plus fréquemment ? *En tous cas, rien ne vient appuyer l'hypothèse d'un microbe spécifique*. Nulle part je n'ai trouvé la relation d'une « épidémie » de névrites ascendantes. Le livre de Weir-Mitchell est concluant à cet égard. Parmi les nombreux blessés de l'hôpital Christian Street de très rares cas de névrite ascendante furent observés et toujours à l'état isolé.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Chaque observation de névrite ascendante comporterait, suivant son siège, sa durée, son intensité, le terrain sur lequel elle évolue, une description symptomatique particulière. Il est cependant possible de grouper, en un chapitre d'ensemble, les principales manifestations évolutives, subjectives et objectives de ce syndrome.

On peut reconnaître à cette affection :

I. — Une première étape principale et *obligatoire*, *l'étape de réaction périphérique à ascension limitée.*

II. — Une deuxième étape exceptionnelle, l'étape *de réaction à distance et de diffusion ganglionnaire.*

III. — Peut-être y aura-t-il lieu, après des observations plus précises, de décrire une troisième *phase ultime radiculo-médullaire.*

A l'une et à l'autre de ces périodes appartient un symptôme caractéristique, prédominant, qui est vraiment l'élément dominant du tableau morbide, *la douleur*, *la douleur sous ses diverses formes*, avec les multiples caractères que lui assignent les malades.

Au cours de cette étude symptomatique nous aurons surtout en vue les *névrites ascendantes les moins rares*, *c'est-à-dire celles consécutives aux plaies des doigts ou des mains.*

I

L'ÉTAPE DE RÉACTION PÉRIPHÉRIQUE A ASCENSION LIMITÉE.

Elle est *constituée par l'ensemble des symptômes locaux, symptômes d'irradiation gravitant autour de la plaie*, *à topographie ascensionnelle limitée.*

N'oublions pas que ces désordres sont commandés par la lésion des nerfs périphériques, nerfs mixtes, et par conséquent susceptibles de provoquer des phénomènes d'ordre sensitif, moteur, vaso-moteur, trophique. *Les signes de sensibilité subjective ne font jamais défaut. Ils occupent le premier plan de la série morbide.*

L'étape périphérique peut être divisée à son tour en trois périodes :

A. — Période de début ;

B. — Période de localisation névritique ;

C. — Période d'ascension névritique limitée.

A. — Période de début.

Au moment même du traumatisme, qu'il s'agisse de coupure, piqûre, écrasement, arrachement, etc., *la douleur est souvent perçue très vive, non proportionnée à l'intensité du trauma*, mais en rapport avec l'attrition des nerfs intéressés, leur tiraillement, leur compression, leur élongation. Ce ne sont pas, en effet, comme nous l'avons dit, les plaies à section nette, tranchante, les plaies, béantes en surface, qui sont à l'origine des névrites ascendantes, mais au contraire, celles dont le point de départ se double fréquemment d'une action contusive, morcelante, se prolongeant en profondeur.

Cette douleur, déjà tout à ses débuts, peut revêtir un caractère passager d'ébranlement de la totalité du membre atteint ; elle peut également s'accompagner de réactions *vaso-motrices caractérisées par un œdème à développement rapide* (Brissand), œdème rougeâtre, non d'origine directement infectieuse mais à cachet tropho-sympathique.

B. — Période de localisation névritique.

Les phénomènes douloureux, à note si aiguë, des premières minutes paraissent se calmer pour quelques heures, quelques jours. Le malade n'éprouve plus que des sensations de plénitude,

de battement, de corps étranger enchâssé dans la plaie. Les mouvements de flexion, d'extension des doigts sont douloureux. La main, le membre supérieur, siège de la lésion, sont maintenus dans une immobilité parfaite, de peur des heurts, des mouvements intempestifs; mais, au demeurant, les signes objectifs ou subjectifs, sont le plus souvent ceux d'une infection locale à aspect phlegmoneux, plus ou moins localisée.

Des traînées lymphatiques rougeâtres peuvent sillonner le tégument par bandes parallèles à l'axe du membre, remontant de la périphérie à la racine, avec un retentissement ganglionnaire axillaire assez fréquent.

Puis la localisation infectieuse névritique *va bientôt se révéler par le retour de la douleur première, avec tendance nettement irradiante*, réveil sensitif, soit spontané, soit à l'occasion d'une secousse de toux, d'une marche rapide, d'une pression même légère exercée au niveau de la plaie; à plus forte raison de l'évacuation provoquée du pus de la plaie, de la mise en place d'un drain, d'une mèche de gaz, etc.

Déjà, à cette seconde période, la douleur peut se manifester *sous forme de crises*, *de paroxysmes*, mais sans revêtir de caractère nettement ascensionnel, les irradiations restant localisées aux parties sous-jacentes ou avoisinantes. La *pression des troncs nerveux sus-jacents*, par exemple, du nerf cubital au coude, des plexus nerveux à la face interne du bras, *reste à peu près indolore.*

Cette seconde période de méditation, où le processus névritique hésite encore à devenir ascendant ou à s'épuiser sur place, dure environ deux à trois semaines. Les phénomènes douloureux peuvent alors disparaître, la guérison totale survenir, ou bien la troisième période, celle d'ascension limitée, va lui succéder.

C. — Période d'ascension névritique limitée.

Cette troisième période de la première étape évolue au milieu d'un cortège d'accidents caractéristiques.

La douleur ne laisse aucun repos, aucune trêve aux patients. Toujours perçue, mais parfois supportable, *elle se réveille à d'autres instants*, *sous forme de crises paroxystiques d'une inten-*

sité extrême, arrachant des cris au malade, qui, le visage engoissé, ayant enserré, de ses doigts valides, l'avant-bras ou le bras siège de ces accès paroxystiques, attend immobile la fin de cet orage.

Ces crises ont une durée de quelques minutes à une demi-heure, parfois une heure. Elles se renouvellent dix, quinze, vingt fois dans les 24 heures, capables de réagir sur l'économie et de compromettre la santé générale. Les malades évitent l'exposition à l'air direct des régions sensibles, ils redoutent, avec terreur, tout ce qui peut réveiller leur susceptibilité cutanée nerveuse. Le froissement d'un journal, le soufle du vent, le pas d'un homme exaspèrent cet état d'hyperesthésie douloureuse.

« Quelques-uns de ces sujets, dit Weir-Mittchell, passent leur temps à mouiller continuellement leur main, trouvant un soulagement dans l'humidité elle-même plutôt que dans la fraîcheur de l'eau qu'ils employent. Deux de ces malheureux transportaient partout avec eux une bouteille d'eau et une éponge afin de ne pas permettre que la peau se desséchât jamais. Un d'eux poussait les choses jusqu'à mouiller la main saine lorsqu'il voulait toucher l'autre, et quand un observateur devait l'examiner, il insistait pour qu'il prît la même précaution. »

Dans un cas, j'ai vu un de mes malades user exclusivement de souliers à semelles entièrement caoutchoutées, pour diminuer les chocs que pouvait provoquer la marche.

Il est difficile, dans de pareilles conditions, d'explorer méthodiquement la *sensibilité objective* et de limiter exactement les territoires d'hyper, d'hypo ou d'anesthésies.

Il ne faut jamais oublier de pratiquer la *palpation des troncs nerveux*, et puisque nous avons surtout en vue la névrite ascendante des membres supérieurs, d'interroger le cubital dans sa gouttière, le radial au niveau de son point d'émergence postérieure de l'avant-bras, les plexus brachiaux, axillaires, etc.

Les troubles moteurs sont souvent d'une recherche malaisée, ils ne sont pas proportionnés à l'intensité des troubles sensitifs ; ils se superposent aux territoires musculaires innervés par le nerf atteint. A cause même du trajet et du siège des nerfs de l'avant-bras, les doigts sont en demi-flexion, la main légèrement fléchie dans la position de relâchement des cordons nerveux.

L'état *des réflexes tendineux* est variable. Ils peuvent être exagérés tout au début du processus, ils sont diminués ou abolis au cours d'une évolution prolongée du mal. La recherche du réflexe olécranien (tricipital) est notamment importante à pratiquer.

Les *troubles trophiques* peuvent être caractérisés par de l'atrophie musculaire localisée à tel ou tel territoire musculaire à innervation périphérique dépendant du ou des troncs nerveux intéressés. — On a noté la chute des poils, des ongles, un œdème chronique persistant, un état lisse, luisant, parfois eczémateux du tégument. On a encore signalé avec le refroidissement des parties sous-jacentes à la lésion nerveuse, l'apparition de phlyctènes, parfois même de véritables ébauches de maux perforants. *L'arthrite* des articulations avoisinantes, les raideurs articulaires, les rétractions tendineuses ne sont pas rares.

Les réactions électriques, l'électro-diagnostic, permettent, quand le malade veut bien se prêter à ces recherches, de localiser exactement l'intensité des troubles musculaires et de les topographier.

L'examen radiographique ne doit pas être négligé. Il donne des renseignements importants sur l'état de la trophicité osseuse, sur le degré comparatif de la transparence des os du côté sain et du côté malade.

II

L'Étape centrale de réaction a distance et de diffusion ganglionnaire rachidienne

Comme nous le verrons au chapitre de pathogénie, cette deuxième étape ne me semble pas être la conséquence d'un processus réactionnel d'envahissement continu le long du nerf jusqu'aux ganglions rachidiens, *mais le fait d'une réaction à distance sur plusieurs des ganglions étagés correspondants*. Les fibres sensitives d'un tronc nerveux de calibre moyen paraissent tirer leurs origines des neurones d'au moins trois ganglions superposés (Lugaro).

Cette deuxième étape clinique, mal connue au point de vue anatomo-pathologique, paraît caractérisée *par le rayonnement et la diffusion des douleurs, et par l'adjonction de symptômes moteurs, de spasmes, de tremblements.*

Les spasmes et les tremblements surviennent surtout chez les amputés atteints de névrite ascendante. Il serait intéressant d'étudier dans ces cas les phénomènes analogues à ceux que MM. Brissaud et Meige, puis M. Babinski, au cours du spasme facial, ont décrit sous le nom de spasmes illogiques, contradictoires, paradoxaux.

J'insiste encore au cours de cette deuxième étape sur le rayonnement des phénomènes douloureux. *Le branle-bas peut être général, s'étendre à tous les nerfs du plexus brachial, et même à ceux du plexus cervical du même côté.*

L'épreuve des secousses de *toux*, suivant le mécanisme pathogénique, invoqué par M. Déjerine et par moi-même, à la Société de Neurologie (*Revue Neurologique*, N° 12, 1905) (choc du liquide céphalo-rachidien au niveau des culs-de-sac sous-arachnoïdo-ganglionnaires) pourrait servir à dépister l'atteinte ganglionnaire.

III

L'Étape radiculo-médullaire.

Il est certain que si, consécutivement à l'étape des troubles périphériques, on pouvait observer des signes d'anesthésie ou d'atrophie musculaire d'origine nettement radiculaire, la preuve de la lésion des racines postérieures ou antérieures serait évidente. Mais à part une observation de Chipault discutable, nous ne constatons aucun fait confirmatif.

Je n'ai trouvé également aucune observation démonstrative de névrite ascendante vraie ayant entraîné des troubles sensitifs ou moteurs, distribués du côté opposé.

Faut-il, à l'exemple de certains auteurs en Allemagne et de Guillain, en France, considérer le processus de gliose syringomyélique dorso-cervicale évoluant à la suite de plaies infectées des mains, comme la démonstration rigoureuse de la réalité de cette étape radiculo-médullaire ?

Je ne le crois pas. Cette syringomyélie à la suite des blessures périphériques est l'exception, et, fait remarquable, *le syndrome de névrite ascendante* dans les observations que j'ai pu compulser à

cet égard, *n'a jamais eu cette étape périphérique obligatoire de réaction névritique avec le syndrome douloureux si caractéristique. C'est là le fait capital.* Cette absence de douleurs nous permit de présumer également, dans deux nouveaux cas que nous avons observés avec M. Brissaud, que ces malades *étaient déjà en puissance de leur syringomyélie* lors du traumatisme, lors de l'infection de leur plaie (Société de Neurologie, 6 juillet 1905).

Ne pourrait-on penser encore, en dehors même d'une simple coïncidence, que le trauma, le phlegmon, la suppuration localisée ont agi chez ces gliomateux en réveillant, en donnant un coup de fouet à leur processus de gliose qui sommeillait, *agissant ainsi à distance comme causes occasionnelles et non déterminantes* (1)?

(1) Au cours de cette même séance (Soc. de Neur., 6 juill. 1905), j'ai présenté une troisième observation d'un malade syringomyélique, *à prédominance nettement gauche*, chez lequel le processus de gliose s'était extériorisé à la suite d'une blessure infectée de la main *droite*. Là encore, aucune étape névritique périphérique, aucun signe de névrite ascendante.

CHAPITRE V

Formes. — Évolution. — Pronostic.

Je laisse de côté les formes de névrite ascendante motrice. *Il ne me paraît pas en effet démontré qu'il existe une névrite ascendante non douloureuse, uniquement motrice et atrophique.* De tels cas se rapportent vraisemblablement à des troubles d'atrophie réflexe ou doivent alors évoquer l'idée d'un processus médullaire (syringomyélie, pachyméningite antérieure) évoluant antérieurement ou parallèlement au traumatisme.

Je n'insisterai pas également sur certains types de névrite ascendante qui sont *complexes*, tel le cas de Marinesco (*Presse Médicale*, 1898, n° 96), survenu à la suite de gangrène de la jambe, *au cours d'une hémiplégie*, telle encore, une de mes observations (voir page 64) qui concerne une névrite ascendante aiguë, *au cours d'une paraplégie pottique*.

J'envisagerai surtout dans ce chapitre, certaines formes ordinaires dans leur rapport avec la localisation initiale du processus névritique.

I. — Les processus initiaux rapprochés des centres nerveux.

II. — Les processus initiaux distants des centres nerveux.

Le type de névrite ascendante sera d'autant plus sévère, susceptible d'entraîner des lésions graves que le point de départ sera plus haut placé, plus rapproché des ganglions rachidiens, des centres nerveux.

I

Névrites ascendantes disto-centrales.

Le type de cette névrite ascendante distale des centres nerveux *est surtout réalisé au niveau du membre supérieur et des mains.*

Elle est au contraire l'extrême exception au niveau du membre inférieur (plaies du pied).

Cette névrite, névrite ascendante du membre supérieur, a été prise comme base de notre description clinique avec ses deux phases d'étape névritique périphérique limitée, et de réaction à distance des ganglions rachidiens.

Évolution. — Chemin faisant, nous avons montré que le processus ascensionnel à marche subaiguë et à réaction douloureuse si intense *débutait environ de quelques jours à deux à trois semaines après le trauma, que l'évolution n'en était pas fatalement progressive, et qu'en règle générale les symptômes d'envahissement se limitaient à cette première étape.*

A la suite d'un traitement méthodiquement conduit, les phénomènes douloureux diminuent ordinairement d'intensité, une certaine accalmie se produit, entrecoupée parfois, il est vrai, de réveils douloureux, sorte de « statu quo » au cours duquel le malade reprend peu à peu confiance. *La régression se produit d'après notre statistique de 4 à 10 mois environ après le début du mal* et la guérison peut se confirmer complète sans rechutes ultérieures.

Il n'est pas impossible de voir cependant des reprises se produire à longue échéance (deux, trois ans), après une guérison à peu près absolue. Une maladie d'ordre général (grippe, amygdalite, etc.) peut localiser ses effets toxiques sur ces nerfs prédisposés, et réveiller ainsi le processus qui paraissait éteint. —

Quand la *deuxième étape* est franchie, on peut voir la réaction à distance des ganglions rachidiens correspondants se faire brutale. D'autres nerfs, tributaires de ces ganglions, et *même* l'ensemble des branches nerveuses, du plexus brachial, le plexus cervical lui-même, peuvent ne pas échapper à ce branle-bas de voisinage. Les douleurs paroxystiques, les spasmes avec crises hyperesthésiques terrifiantes sont le triste apanage de cette deuxième étape. Seule, la morphine arrive à calmer un certain temps ces angoissés, mais les doses toxiques sont rapidement augmentées, et le malade morphinomane avec un état mental spécial, *va devenir un obsédé d'interventions chirurgicales.* La

résection du tronc nerveux périphérique, l'amputation de l'avant-bras, du bras, la résection des branches du plexus, l'amputation de l'épaule, la résection des racines postérieures, telle est la lamentable série des opérations successives que le malade va réclamer impérieusement et exiger du chirurgien. *Les rémissions, les trêves à la suite de l'acte opératoire sont de plus en plus passagères, et amaigri, affolé par ses douleurs tenaillantes, qui ne lui laissent aucun repos, aucun sommeil, le malheureux névritique demande au suicide la fin de ses maux ou meurt cachectique, morphinomane et cocaïnomane.* L'évolution a duré de 2 à 5 ans, et même plus longtemps ». Nous verrons au « traitement » que le bistouri du chirurgien est en grande partie responsable de cette terrible marche du syndrome.

II

Névrites ascendantes proximo-centrales.

Le type en est réalisé par la névrite du trijumeau — *Certains cas* de névralgie faciale font assurément partie du domaine de la névrite ascendante régionale. — Et ce n'est pas parce que le processus peut frapper des fibres exclusivement sensitives, telles que celles de l'ophtalmique ou du maxillaire supérieur ; ce n'est pas parce que les effractions au point de départ sont discrètes, (carie dentaire, abcès en vase clos sous-gingival, etc.) qu'il faut distraire ces réactions nerveuses du cadre de la névrite ascendante. *N'y voit-on pas les mêmes formes de douleurs, les mêmes crises paroxystiques, les mêmes accalmies avec réveil poignant, la même morphinomanie, les mêmes obsessions chirurgicales, et enfin la même tendance au suicide?* Nous savons que le ganglion de Gasser n'est pas éloigné des extrémités périphériques du nerf et que la névrite de ces extrémités va retentir à peu près fatalement sur les neurones ganglionnaires.

La réaction à distance se produit ici aisément et rapidement comme elle peut le faire également *dans certains cas malheureux d'amputation avec infection du tiers supérieur du bras ou de la cuisse.*

On peut encore ranger dans le groupe de ces névrites ascendantes primitivement proximales des centres, un certain nombre d'accidents radiculo-médullaires, consécutifs à des suppurations profondes de la cavité abdominale et peut-être aussi de la cavité thoracique.

MM. Raymond et Guillain (1) viennent de publier une observation des plus intéressantes de névrite et de radiculite du plexus lombo-sacré, *diagnostiquée cliniquement*, et consécutive à un foyer appendiculaire. Mais comme pour un grand nombre d'autres cas de névrite ascendante, celui-ci manque de contrôle anatomo-pathologique, et il faut bien avouer que la symptomatologie présentée par le malade de MM. Raymond et Guillain aurait pu être reproduite aussi bien par un foyer purulent du canal épidural, que ce foyer ait été créé à distance, ou par propagation inflammatoire du tissu cellulaire de la région à travers le trou de conjugaison. Ne s'agirait-il pas là d'une épidurite ascendante, rayonnante, plus que d'une névrite ascendante au sens vrai du terme ?

Nous avons signalé dans cet ordre de faits avec M. Cestan un cas de tuberculose vertébrale primitive du corps de la troisième vertèbre lombaire dont les masses caseuses avaient envahi l'espace épidural postérieur par l'intermédiaire d'un trou unilatéral de conjugaison et donné naissance secondairement à une infiltration du ganglion rachidien et à une névrite du nerf de conjugaison (2).

MM. Oberthür et Monsseaux (3) concluent également à la possibilité en cas de cancer juxta-rachidien, de la pénétration des masses néoplasiques vers le canal médullaire, à la faveur des trous de conjugaison.

Tout récemment encore nous venons d'observer en ville avec M. Raymond un cas des plus instructifs à cet égard et presque entièrement calqué sur celui, cité plus haut, de MM. Raymond et Guillain.

(1) Raymond et Guillain, *La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.* (*Semaine médic.*, 22 février 1905).

(2) Sicard et Cestan, *Pachyméningite tuberculeuse et syphilitique* (*Soc. Méd. des Hôpit.*, 24 juin 1904).

(3) Oberthur et Monsseaux, *Localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique* (*Revue Neurologique*, 1902, p. 812).

C'est au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes douloureux à droite, et réaction péri-appendiculaire que le malade fut pris de douleurs crurales intenses droites, puis de douleurs sciatiques du même côté. — Deux mois après les phénomènes douloureux s'étendaient du côté opposé sous forme de crises paroxystiques. Aucun trouble sphinctérien. Pas d'escarre. Réaction de dégénérescence dans quelques muscles du domaine du crural et du sciatique. Or, au quatrième mois de la maladie, nous avons voulu nous assurer de l'intégrité des méninges molles par l'examen du liquide céphalo-rachidien, et à notre grande surprise, dès que l'aiguille eut traversé les ligaments jaunes entre les lames vertébrales, avant d'atteindre la dure-mère, quelques gouttes de pus faisaient issue.

Dès le lendemain on opérait le malade, *il s'agissait d'une épidurite purulente localisée,* qu'une laminectomie suffit à drainer.

Au cours de l'opération, on préleva du liquide céphalo-rachidien dont l'examen démontra la structure normale. — Le malade est actuellement (21e jour de l'opération) en bonne voie de guérison.

Sans opération le diagnostic de névrite ascendante aurait été maintenu, il s'agissait vraiment plus dans ce cas d'infection propagée au tissu cellulaire ou inoculée à distance, d'inflammation aux alentours du ganglion rachidien et dans le canal épidural, que de névrite ascendante au sens exact du mot.

On voit combien il est nécessaire d'être prudent en matière de diagnostic positif de névrite ascendante quand on ne s'appuie que sur des signes cliniques.

Néanmoins ces cas sont intéressants à signaler, et ils mettent en lumière une modalité *nouvelle* d'infection ascendante aux alentours des centres médullaires, *les épidurites ascendantes,* modalité sur laquelle nous reviendrons au point de vue expérimental avec M. Bauer.

Je n'insiste pas sur les névrites ascendantes thoraciques. Je n'en connais pas d'exemple avec examen anatomo-pathologique probant, mais certains cas cités de traumatismes [1] avec hématome

(1) GAUCHER ET BERNARD, *Observations de zonas traumatiques par contusion Soc. méd. des Hôp.*, 22 février 1901, p. 163).

et infection possible, suivis à une assez longue échéance de douleurs névralgiques, et d'éruption zostériforme superposée, sont comme la démonstration directe de la réaction du ganglion rachidien à distance, sous l'influence d'une cause périphérique.

CHAPITRE VI

Névrite ascendante et accidents de travail.

La névrite ascendante est une complication des plaies traumatiques, et, comme telle, les experts doivent compter avec elle dans leurs rapports médico-légaux sur les accidents du travail.

Les experts ne doivent pas ignorer à quelle pléiade de douleurs et d'infortunes expose cette complication et à quel pronostic parfois très sombre le malade est voué. Ils doivent cependant tenir compte, en formulant leurs conclusions, de la préexistence possible de lésions médullaires déjà reconnues ou restées latentes jusque-là. Le traumatisme périphérique, l'infection localisée ont été les œuvres occasionnelles du réveil ou de l'aggravation des lésions médullaires mais non leurs causes déterminantes (certains cas de syringomyélie par exemple).

Les experts devront, enfin, s'attacher à dépister les phénomènes de *névrose traumatique* simulant la névrite ascensionnelle vraie. Ils sauront faire la part des interventions chirurgicales que certains intéressés peuvent demander pour donner plus de poids à leurs réclamations. Le malade devra être suivi et examiné à plusieurs mois de distance.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Le diagnostic de névrite ascendante ne doit être fait qu'à bon escient. Il ne faut pas se hâter de le porter quand après un traumatisme surviennent pendant quelques jours des douleurs irradiées.

Il faut encore savoir différencier ce syndrome névritique et de *la névralgie ascendante* et *de la névrose traumatique régionale* (traumato-névrose). — Les expertises médico-légales, si fréquentes de nos jours, à la suite de traumatismes rendent la solution de ce problème particulièrement importante.

A vrai dire, entre *une névralgie ascendante sollicitée par une cause organique réelle*, et une *névrite ascendante* il n'y a qu'une question de degrés, celle-là pouvant précéder celle-ci de quelques semaines à quelques mois avant de se révéler par des signes cliniques objectifs.

Ces signes sont, en dehors de *la douleur*, les troubles *trophiques* (atrophie musculaire, éruptions, chute des ongles, *raréfaction du tissu osseux constatable par la radiographie, etc.*), *la recherche des réactions électriques*, l'étude des *troubles moteurs* et *sensitifs* répartis suivant la distribution topographique d'un ou de plusieurs nerfs périphériques, et *surtout la palpation des troncs nerveux* souvent hypertrophiés et au niveau desquels on provoque, par la pression, un réveil ou une exacerbation des crises douloureuses (examen du cubital au coude, par exemple).

Le diagnostic de traumato-névrose ascendante s'impose parfois à première vue, par l'attitude du malade, l'expression de sa figure, sa volubilité de paroles, son choix d'expressions, les façons de mouvoir ou d'immobiliser le membre atteint, les variations topo-

graphiques des troubles de la sensibilité objective, *et surtout par l'absence des signes positifs de névrite signalés plus haut*. N'oublions pas du reste que *les associations sont fréquentes*, et qu'une épine irritative, réellement existante, sollicite souvent l'apparition de la névrose.

Je me suis suffisamment expliqué sur ces autres associations de lésions médullaires préexistantes à l'infection périphérique, pouvant se réchauffer à l'occasion de ce trauma périphérique, s'influençant réciproquement et par cela même d'un diagnostic différentiel difficile.

A plus forte raison devra-t-on tenir pour suspect un diagnostic de névrite ascendante sans effraction pour point de départ. Une radiculite d'emblée par méningite localisée peut être responsable de ces douleurs névritiques paroxystiques simulant le type ascendant.

Peut-on aller plus loin et devant une névrite ascendante vraie, est-on en droit de présumer avec vraisemblance que la première étape périphérique est franchie, et que les phénomènes douloureux sont sous la dépendance d'une réaction plus haut située?

Nous devons à M. Pitres[1] une méthode ingénieuse de diagnostic qui sert à résoudre de tels problèmes. Une injection de cocaïne poussée sur un point du trajet du nerf en insensibilisant la partie sous-jacente de ce tronc nerveux fera disparaître du même coup les phénomènes douloureux si le processus irritatif est bas situé, au-dessous du lieu de l'injection.

Le point de départ des accidents douloureux est-il, au contraire, sus-jacent à l'injection, l'effet calmant et anesthésique aura été nul. Nous reviendrons sur l'utilité de cette méthode qui peut dans certains cas fournir d'utiles indications sur l'opportunité d'une intervention opératoire.

On peut encore utiliser le *procédé de l'éternuement* (Déjerine) ou celui *de la toux*, tel que je l'ai décrit (*Revue Neurol.*, N° 12, 1905). La secousse de toux détermine une propulsion du liquide

(1) A. Pitres, *Diagnostic du siège des excitations algesiogènes dans les névralgies par les injections de cocaïne. XIIIe Congrès international. Section de Neurologie*. Paris, 1900.

céphalo-rachidien et le choc consécutif de ce liquide au niveau des culs-de-sac arachnoïdo-ganglionnaires [1]. On comprend que, si la lésion est ganglionnaire, la secousse de toux soit suivie d'un retentissement très douloureux, *cette douleur d'impulsion*, faisant au contraire défaut dans les lésions névritiques d'ordre exclusivement périphérique.

(1) Voir le schéma du nerf de conjugaison et la disposition prolongée des culs-de-sac sous-arachnoïdiens au niveau de la racine postérieure sensitive, p. 229.

CHAPITRE VIII

Anatomie Pathologique.

Comme préambule à ce chapitre, quelques considérations anatomo-physiologiques ne seront pas inutiles.

Considérations anatomo-physiologiques.

On sait que l'infection des nerfs est un fait rare. Les troncs nerveux résistent suffisamment aux attaques d'infection exogène. Il semble que la nature ait multiplié les ressources pour faciliter cette tâche défensive *et pour éviter l'infection ascendante.* Les plaies suppurantes, malgré l'ère antiseptique, sont encore légion et les cas de névrite ascendante sont l'exception.

C'est que les précautions anatomiques sont bien prises. La circulation lymphatique au niveau des troncs nerveux périphériques et du segment ganglio-médullaire est à cet égard intéressante à étudier. Elle mérite une description méthodique. Elle vaut qu'on s'y arrête.

I

Considérations anatomiques. Les échanges lymphatiques des troncs nerveux périphériques.

Les recherches sur la circulation lymphatique des troncs nerveux périphériques ont établi d'une façon définitive (Histologie de Ranvier, de Renaut, Anatomie de Poirier, de Testut, etc.) que les espaces situés à l'intérieur des nerfs (espaces péri-fasciculaires et intra fasciculaires) renferment des canalicules lymphatiques

dont le trajet intra nerveux est très limité (quelques millimètres environ). Bientôt ces canalicules s'échappent de l'intérieur du nerf assez brusquement, presque à angle droit (Renaut), pour aller

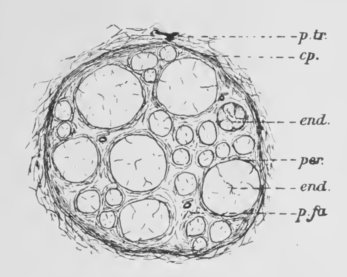


Fig. 1.

Coupe transversale d'un tronc nerveux périphérique.

p.tr. tissu conjonctif para-tronculaire. — *ep.* epinèvre. — *per.* perinèvre. — *end.* endonèvre et tissu conjonctif intra fasciculaire. — *p.fa.* tissu conjonctif interfasciculaire avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

rejoindre les espaces lymphatiques du tissu cellulaire avoisinant les troncs nerveux : disposition qui nous explique la quasi impossibilité pour les microbes de remonter et de cheminer *à l'intérieur du nerf*. Ils sont tôt rejetés au dehors, au niveau du tissu cellulaire environnant. *Les canalicules lymphatiques para-nerveux*, au contraire, cheminent le long du tronc périphérique, *sur une étendue beaucoup plus grande,* — cinq à quinze centimètres environ. Le courant de cette lymphe est évidemment ascendant, au moins dans l'ensemble de la circulation lymphatique des membres, de l'abdomen, du tronc.

II

Les échanges lymphatiques au niveau du ganglion rachidien.

Si grâce à ces mécanismes d'échange, le nerf périphérique est défendu contre l'infection de cause exogène, la moelle l'est encore davantage vis-à-vis de l'infection ascendante venant des nerfs.

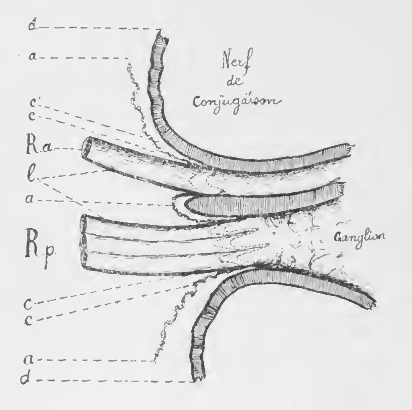


Fig. 2.

Schéma du nerf de conjugaison (Sicard et Cestan).

d. dure-mère. — *a.* arachnoïde. — *c'.* culs-de-sac de la séreuse arachnoïdienne. — *c.* culs-de-sac sous-arachnoïdiens. — *e.* tissu lamelleux péri-radiculaire.

Avec M. Cestan nous avons prouvé expérimentalement que la vieille formule de Key et Retzius devait être abandonnée, et qu'il n'existait aucune liberté de communication entre le nerf périphérique d'une part, et le ganglion et la moelle sus-jacente,

d'autre part. Les injections colorées, poussées même sous pression dans le liquide céphalo-rachidien et par conséquent dans la cavité sous-arachnoïdienne ne pénètrent pas dans les nerfs périphériques. Réciproquement, les particules colorées (carmin, encre de Chine) déposées dans le tronc nerveux, même immédiatement sous-ganglionnaire, sont repris directement sur place, sans remonter à l'intérieur du ganglion et du nerf de conjugaison [1]. A plus forte raison, jamais on ne les trouve au niveau du parenchyme médullaire.

Nous ajoutions, avec M. Cestan, « que le nerf de conjugaison [2] et par conséquent le pôle interne du ganglion, jouent un rôle efficace de protection des centres nerveux médullaires et périphériques les uns vis-à-vis des autres. *Il s'agit d'une véritable barrière, à ce niveau, s'opposant au passage, à la migration des éléments cellulaires, des corps microbiens, ou particules mécaniques, venant soit des centres* (*espaces sous-arachnoïdiens*), *soit de la périphérie* (troncs nerveux). »

Ainsi, grâce à une telle disposition anatomique, on ne peut plus s'étonner de la rareté des réactions inflammatoires endonévritiques ascendantes des nerfs périphériques, *et encore moins de la rareté de la propagation directe au parenchyme médullaire* d'un processus inflammatoire venu des troncs nerveux périphériques.

Après avoir vu comment les nerfs périphériques luttent et se défendent contre les invasions ascendantes, nous allons étudier leurs réactions histologiques, quand, à l'occasion, ils succombent.

Anatomie pathologique. — *La réaction interstitielle du nerf périphérique est la caractéristique de la névrite ascendante*, comme le symptôme douleur était la caractéristique clinique.

C'est surtout aux chirurgiens que nous devons chez l'homme (voir deuxième partie, chapitre expérimentation, la description des lésions inflammatoires de la névrite ascendante. Ils nous ont montré que cette variété de névrite débutait par des réactions

(1) Je rappelle qu'avec M. Cestan nous avons donné le nom de nerf de conjugaison (Nerf radiculaire de Nageotte) à cette portion des racines de la moelle qui est comprise entre le point où les racines abordent la dure-mère et celui où la racine postérieure aboutit au ganglion (voir schéma)

(2) Voir Sicard et Cestan, *loc. cit.* et voir *expérimentation* en collaboration avec M. Bauer.

banales, communes à toute névrite aiguë. Ils nous ont appris encore à connaître l'état microscopique du nerf à la phase *chronique* de la maladie. Mais sur le processus anatomique des dernières étapes, au cours de ces névrites ascendantes, propagées au loin, nous ne possédons aucune certitude histologique des lésions radiculaires ou médullaires.

I

Première étape.

On connaît la grande résistance que peut opposer un tronc nerveux périphérique à l'infection même purulente de voisinage. Le tronc se défend par son épinèvre, et quand l'infection a pénétré plus loin, au niveau des faisceaux et des fascicules, ceux-là luttent encore par leur périnèvre, par leur endonèvre.

La névrite, dans de tels processus inflammatoires, passe par deux phases :

A. — Phase aiguë.

B. — Phase terminale : celle-ci pouvant aboutir, soit à la guérison totale ou partielle (le nerf ayant été détruit), soit encore passer à la chronicité.

A. — **Phase aiguë.**

Dans la phase aiguë, le cordon nerveux perd son brillant, son aspect nacré, ses contours normaux, sa résistance ; il devient rouge, parfois franchement hémorragique, il se tuméfie, se bossèle par places, donne au doigt qui le palpe (au cours de l'opération chirurgicale par exemple) une sensation de mollesse.

Au niveau du foyer. — A la coupe microscopique, le nerf est œdématié, les faisceaux apparaissent dissociés par un exsudat séreux, séro-hémorragique, parfois même séro-purulent. Ces exsudats se montrent microscopiquement agglutinés dans les espaces périnévritique et endonévritique. *Diapédèse hématique*

et leucocytaire péri et endonévritique, avec destruction plus ou moins accusée des tubes nerveux (myeline et cylindraxe), sur un trajet du cordon nerveux limité (un, deux, trois centimètres environ), telle est la formule histologique de la névrite ascendante régionale à sa phase aiguë.

Aux alentours du foyer (réactions avoisinantes sus et sous-jacentes). — A cette phase aiguë, alors que la lutte semble se localiser dans un segment très limité du cordon nerveux, il est possible de déceler histologiquement une dilatation vasculaire marquée et accompagnée parfois d'une réaction diapédétique dans les segments nerveux sus et sous-jacents au point d'attaque.

Il est intéressant d'insister sur cette réaction ascendante pouvant ainsi remonter à quelques centimètres au dessus du foyer primitif (faits de Schwartz, de Lejars; voir également expérimentation). Il est bien certain qu'au dessous de ce foyer le tube nerveux subit des altérations dégénératives myeliniques, en général très accusées, le processus Wallérien évoluant rapidement.

Lorsque la névrite aiguë a été intense et que les fibres nerveuses sont nécrosées ou très fortement lésées, on observe le plus souvent une dégénération totale du bout périphérique sans régénération possible. La destruction du segment nerveux sous-jacent est définitive.

Dans les formes moins sévères, les exsudats se résorbent, la restitution sur place peut avoir lieu et les propriétés fonctionnelles réapparaissent.

Dans certains cas au contraire, la terminaison n'est pas radicale, elle aboutit à une phase chronique : la névrite ascendante chronique anatomique et clinique est créée.

B. — Phase chronique.

Prolifération du tissu conjonctif, destruction des tubes nerveux, hypertrophie des branches et des troncs nerveux : telles sont les conséquences ordinaires de la névrite chronique. Le nerf est encore sans reflet, et grisâtre, mais il est en même temps dur et très hypertrophié. Il se présente soit allongé en fuseau sur un parcours

de quelques centimètres, soit revêtant un aspect moniliforme, avec étranglements successifs entre deux ressauts hypertrophiés.

A la coupe, le tissu de *sclérose* domine. La formule histologique est celle de la névrite interstitielle typique, frappant les espaces conjonctifs péri et intra-fasciculaires; secondairement productrice de névrite dégénérative par enserrement et étouffement des tubes nerveux. *D'après les signes cliniques, ce sont les tubes nerveux sensitifs qui cèdent les premiers.*

A côté de ce tissu de sclérose, il est rare que les examens histologiques ne mentionnent pas une tendance à peu près constante à la *régénération* des fibres nerveuses. Ainsi vont se constituer, grâce à l'agglomérat de ces fibres jeunes, des productions nouvelles désignées sous le nom de *névromes*. Le plus souvent ces névromes sont *terminaux*, c'est-à-dire siègent au niveau des extrémités nerveuses sectionnées au cours d'une amputation, ou détruites par l'inflammation. Ils sont l'indice d'un processus physiologique réparateur, analogue à celui du cal osseux. La comparaison peut être poussée plus loin et dans certaines circonstances l'intensité de ce processus s'exagérant, il se forme des productions pathologiques, névromes hypertrophiques à l'exemple des cals hypertrophiques.

Cette exubérance, cette déviation interstitielle hypertrophique, qui entravent la régénération des éléments nerveux, sont bien dues aux reliquats de la toxi-infection. Ne sait-on pas que les névromes douloureux d'amputation sont beaucoup moins fréquents depuis l'asepsie? Et s'ils peuvent se rencontrer après amputation en région saine et réunion de la plaie par première intention, ils ne sont plus dans ces cas, que de dimensions réduites, formés de peu de prolifération conjonctive, et, au contraire, d'abondantes régénérations de fibres nerveuses. De tels névromes de *régénération aseptique n'engendrent pas de réactions douloureuses.*

II

Deuxième Étape.

A cette phase de névrite ascendante anatomique limitée, dans laquelle l'hypertrophie du tronc nerveux s'arrête à une certaine

distance (8 à 25 centimètres environ du foyer distal : mains, doigts, avant-bras), pourrait succéder, d'après certains auteurs, une étape clinique à allure ganglio-radiculaire. Sur cet aboutissant discutable de la névrite ascendante nous n'avons aucune certitude histologique. D'après M. Babinski cependant (Traité de médecine), « les lésions médullaires et radiculaires des névrites ascendantes de cause externe seraient des lésions discrètes, comparées à celle des nerfs. » Mais M. Babinski n'a pas eu l'occasion d'étudier de cas personnel. Il s'en rapporte à l'appréciation de relations anatomiques antérieures superficiellement rapportées, et presque toutes d'ailleurs d'ordre macroscopique.

L'étude histologique de cette dernière phase reste donc tout entière à préciser ; les observations futures devront aider à résoudre les questions suivantes :

S'agit-il de réaction à distance avec lésions légères ganglio-radiculaires ?

S'il y a des lésions grossières sont-elles manifestement continues de la périphérie au centre le long du ou des cordons nerveux ?

L'inflammation peut-elle se propager d'un nerf à l'autre par le tissu cellulaire para-nerveux ou les anastomoses nerveuses, et dans ce cas, peut-il en résulter une névrite descendante en opposition avec la précédente ?

Enfin, si la réaction névritique n'est pas continue, peut-elle procéder par bonds, se manifestant seulement de distance en distance, créant de-ci de-là, en remontant, des renflements pathologiques, des hypertrophies scléreuses limitées ?

CHAPITRE IX

Pathogénie.

J'envisagerai surtout, au point de vue pathogénique, les cas de névrite ascendante des troncs nerveux des membres. Cette étude permettra d'aborder le problème de façon plus schématique.

I. — ***Théorie pathogénique de la première étape de réaction ascendante limitée.*** — La pathogénie de cette première étape n'est vraisemblablement pas univoque. La toxi-infection localisée est bien au point de départ de toute névrite ascendante, mais pour que ce processus soit réalisé, il faut sans doute un certain nombre de conditions.

Un fait reste cependant acquis, le microbe ne remonte ni bien haut ni bien loin à l'intérieur du tronc nerveux, en raison même de la circulation lymphatique du nerf.

Il est appelé du reste à disparaître, après extinction du foyer et cicatrisation de la plaie, alors que le processus ascendant continue pourtant sa marche.

Ainsi la pathogénie ne peut rester microbienne toute la durée, parfois longue, de la maladie : *il ne s'agit pas d'infection microbienne ascendante, continue.*

Deux théories, à mon avis, peuvent expliquer la marche ultérieure du processus :

1° Celle de la réaction *toxique* ascensionnelle *des éléments intra-nerveux* (tissu conjonctif, vaisseaux, faisceaux nerveux);

2° Celle de la réaction inflammatoire également ascensionnelle *du tissu cellulaire para-nerveux* (c'est-à-dire du tissu cellulaire ambiant, entourant le tronc nerveux).

Dans le premier cas, pendant la suppuration de la plaie, il se produira une imprégnation toxique ascensionnelle, mais limitée,

des éléments internes du nerf. *Après cicatrisation de la plaie, un processus de sclérose pourra se propager à l'intérieur des nerfs ainsi intoxiqués, tissu de rétraction ou d'hypertrophie par continuité de tissu, et prolongeant l'évolution morbide.* La cause première n'existera plus, mais la réaction sclérogène n'en persistera pas moins. Arrivé à un certain degré de développement, la sclérose se propagera progressivement et sera d'autant plus marquée et envahissante que la réaction toxique aura été plus ascensionnelle. On ne peut s'empêcher de commenter à ce propos l'extrême rareté de la névrite ascendante chez l'enfant, pouvant être atteint comme l'adulte de plaies suppurantes, mais moins apte que lui à faire du tissu scléreux envahissant.

Il est encore possible, conformément aux échanges lymphatiques étudiés, et comme nous l'avons vu expérimentalement avec M. Bauer, que le foyer de suppuration provoque, au niveau du tissu cellulaire para-nerveux et sur un assez long trajet de l'œdème avec hémorragie et exode leucocytaire, sans que le nerf lui-même, au début tout au moins, participe à l'inflammation. *Un peu plus tard, quand l'orage sera passé, quand la cicatrisation de la plaie sera opérée, le tissu conjonctif* para-nerveux *ainsi adultéré pourra être, à son tour, le point de départ d'un processus scléreux progressivement extensif et appelé à retentir bientôt défavorablement sur la nutrition du nerf sous-jacent.* Le tronc nerveux sera enserré, étouffé dans une véritable gangue conjonctive. Dans la pathogénie précédente, le processus scléreux débutait à l'intérieur même du nerf, il était à point de départ intra-nerveux, *sclérose intra-tronculaire*, ici il a une origine para-nerveuse, *sclérose para-tronculaire.*

Je n'ai cherché jusqu'à présent qu'à expliquer pathogéniquement la première étape de la névrite ascendante, celle qui heureusement va s'immobiliser le plus souvent à ce stade, grâce à la défense lymphatique du nerf, sans progression nouvelle, avec possibilité même de régression et de guérison. C'est, sans contredit, nous l'avons déjà vu, le type le plus fréquent.

II. — ***Théorie pathogénique de la deuxième étape.*** — Plus difficile à interpréter est la pathogénie de la seconde étape, celle que nous avons dénommée, un peu hypothétiquement, étape

de la réaction du ganglion rachidien et qui serait caractérisée cliniquement par l'extension du processus douloureux à d'autres segments du membre atteint ou à la totalité de ce membre. Il s'agirait, nous semble-t-il, dans ces cas, d'une réaction ganglionnaire *à distance*, et non d'un processus scléreux continu, qui s'étendrait par exemple progressivement sur tout le trajet d'un membre de l'extrême périphérie nerveuse au ganglion rachidien.

M. Brissaud [1] admet dans ses cliniques qu'à une stimulation périphérique excessive, transmise par les conducteurs centripètes de la sensibilité, les centres peuvent répondre par un mode d'activité plus grande et déviée. »

Une sorte de *neuronite sensitive postérieure* serait ainsi créée. « La réaction cellulaire du ganglion rachidien après la lésion prolongée d'un nerf périphérique est un fait acquis. Il s'agit d'un rajeunissement joint à une activité trophique considérable, » a dit Lugaro [2].

Marinesco [3] a montré également que la section des nerfs sensitifs chez le chien comme chez le lapin est suivie d'une réaction dans les cellules du ganglion rachidien. S'il s'agit d'un nerf sensitif considérable, la réaction s'étend à trois ganglions. Pour Marinesco le fait qu'un nerf sensitif peut tirer ses origines de plusieurs ganglions nous explique la diffusion des réflexes suivant l'intensité de l'excitation.

Ces réactions peuvent, en outre, favoriser dans une certaine mesure, par un choc en retour périphérique, le processus de sclérose ascendante intra ou para-tronculaire. *Elles expliquent encore que chez certains prédisposés une irritation puisse être minime a la périphérie, et la réaction secondaire centrale, hors de proportion avec l'épine primitive.*

C'est ici que l'hérédité reprend ses droits. On peut répéter à ce sujet ce que M. Grasset disait pour les myélites, (congrès de Bordeaux 1899) : « la maladie demande pour se produire le concours de l'infection et d'une prédisposition névropathique acquise ou héréditaire. »

(1) Brissaud, *Maladies nerveuses*, tome Ier.

(2) Lugaro, *Sur la pathologie des ganglions sensitifs (Rivista di pathologia. Vol. V, VI, VII, VIII. — Nov. 1903, 140 fig)*.

(3) Marinesco, *Localisations dans les ganglions spinaux*. Congrès de Pau, 1904.

Je ne mets pas en doute la fragilité de ces hypothèses. Mais en l'absence de tout contrôle anatomo-pathologique, d'un de ces cas typiques de *névrite ascendante propagée au loin*, il était intéressant de les soulever.

CHAPITRE X

Traitement.

Le traitement de la névrite ascendante déclarée est, certes, plus d'ordre médical que chirurgical.

Mais, puisque, à son origine, on retrouve surtout les plaies septiques, la première indication est *d'éviter avec un soin tout particulier l'infection du foyer primitif*, et, s'il y a suppuration, de combattre celle-ci aussi hâtivement que possible. *Recommandons également d'user modérément d'antiseptiques, surtout d'antiseptiques forts au contact des troncs nerveux.* C'est encore au chirurgien de veiller à ne pas emprisonner un tronc ou une branche nerveuse dans une ligature, à rechercher la présence de tout foyer infectieux ou de tout corps étranger au niveau de la plaie, et de procéder à son extraction. La radiographie sera souvent ici d'un utile secours.

Quand, après extinction du foyer primitif et cicatrisation de la plaie, les douleurs persistent ou se révèlent avec une intensité progressive, *une opération sanglante ne sera autorisée* qu'au cas de cal hypertrophique, d'hyperostose, de cheloïde volumineuse, de névromes terminaux facilement appréciables au palper. Mais, en dehors de ces indications chirurgicales nettement déterminées, le traitement doit rester médical. Toute autre intervention *serait suivie, à peu près fatalement, ou d'échec complet, ou de récidive douloureuse, à brève échéance*, sans parler des délabrements définitifs et des troubles trophiques permanents, consécutifs à ces opérations. La liste lamentable de ces malheureux névritiques obsédés de cure chirurgicale, témoigne de ces interventions les plus variées : élongation nerveuse, névrotomie (section simple), névrectomie (résection), amputations successives des segments du membre et même résection des racines postérieures (cas de Abbe, de Benett, de Horsley, de Chipault, Lucas-Championnière).

Cependant, si une décision chirurgicale devait être prise, et une névrectomie tentée, il faudrait, après mise à nu, explorer minutieusement le nerf, s'assurer par le palper de son état de souplesse ou de dureté, et ne sectionner le tronc *qu'en partie saine et jamais en région malade.* La résection des racines postérieures est une opération d'une telle gravité, avec pourcentage de mortalité immédiate post-opératoire si élevée, que M. Chipault luimême semble avoir renoncé à la défendre.

Comment diriger le *traitement médical?*

Traitement local.

1° Une des premières indications est, dès le début des phénomènes douloureux, de *mettre le membre au repos*, au repos absolu, de donner matin et soir de grands bains régionaux d'eau simple, tiède ou chaude, bains prolongés durant des heures, et de pratiquer dans les intervalles des enveloppements humides (sans adjonction d'antiseptiques). Ultérieurement, alors que tout phénomène d'inflammation aura disparu, il serait peut-être même utile d'immobiliser le membre atteint dans une gouttière plâtrée appropriée.

Toujours localement, on pourra recourir à la compression forcée, et surtout s'adresser à l'électricité et aux injections profondes de cocaïne ou de stovaïne.

2° La *compression forcée* a été recommandée par Delorme. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 4, 1895)

« Le mode de traitement auquel j'ai recours dans ces névrites est « simple, à la portée de tous, et les succès qu'il m'a donnés jus- « qu'ici ont été assez nets et assez durables pour que j'aie cru « pouvoir le préconiser.

« Ces névrites traumatiques, c'est là un fait bien connu, se mon- « trent surtout à la suite des blessures de l'extrémité terminale des « membres et en particulier des blessures des doigts, c'est-à-dire « des régions riches en filets nerveux sensitifs, partant très « accessibles à l'emploi de ce traitement.

« Supposons qu'à la suite d'une attrition, d'une plaie contuse,

« d'une incision de phlegmon ou d'une amputation régularisatrice « d'un doigt, celui-ci soit douloureux, que les douleurs soient loca- « les ou irradiées à distance, même jusqu'aux racines médul- « laires : voici comment je procède, après avoir, bien entendu, « écarté toute hypothèse d'hystérie ou de névrite de cause géné- « rale.

« Je détermine l'étendue de la zone, du réseau périphérique « hyperesthésié, puis le malade étant assis ou couché, bien main- « tenu par des aides, l'avant-bras et le poignet solidement fixés, « j'embrasse le doigt entre mes pouces et mes index superposés et, « *de toutes mes forces et d'emblée*, je presse successivement sur « tous les points de la zone hyperesthésiée, sur et près de la plaie « ou de la cicatrice, en commençant par les zones les plus doulou- « reuses, auxquelles je réserve mon maximum de force de pres- « sion.

« Si, après une première tentative qui ne peut durer que quelques « instants, quelques secondes, à cause de la dépense d'énergie « déployée par le chirurgien et le patient, il reste encore de l'hyper- « esthésie, je renouvelle cette tentative après quelques minutes « de repos ou la fais renouveler par un aide. Il m'est arrivé de « faire presser le même doigt, successivement, par deux ou trois « de mes élèves.

« L'intensité et l'étendue des douleurs, leur persistance après une « première séance de compression, m'ont parfois forcé à renouveler « une tentative une deuxième, une troisième fois, à quatre ou six « jours d'intervalle. Le plus souvent, une seule séance a suffi.

« Le doigt comprimé est protégé pendant huit à dix jours par « un pansement ouaté contensif et compressif.

« Si j'en juge par les faits que j'ai observés, après cette pres- « sion si énergique, l'hyperesthésie disparaît.

« Cessent avec la même rapidité les douleurs irradiées sur le « trajet des nerfs principaux, jusqu'à leurs origines médullaires, « et celle des sensations, des troubles d'origine centrale. Enfin, et « à bref délai, des troubles trophiques de date même ancienne, « comme les douleurs (sueurs, œdème, cyanose, modifications de « l'épiderme, raideurs articulaires) disparaissent également.

« Les souffrances qui résultent de ces pressions sont instanta- « nément vives, mais trop peu durables.

« Les impressions pénibles, ressenties après les séances ultérieures, sont, en général, bien moindres que celles ressenties « la première fois. » (Delorme.)

Je crois que ce mode de traitement devrait être réservé aux branches nerveuses toutes périphériques. Comme le procédé d'élongation, qui a perdu de nos jours beaucoup de ses partisans, il ne saurait être que nuisible, me semble-t-il, dans son application aux gros troncs nerveux.

3° *Le traitement électrique* des névrites ascendantes a fait ses preuves. Neurologistes étrangers et français sont unanimes à ce sujet. C'est surtout le *courant galvanique* qu'il faut utiliser. « L'expérience a montré que des courants galvaniques appliqués sous la forme de courants continus activent la nutrition des muscles en même temps qu'ils produisent des effets utiles sur les nerfs périphériques et sans doute aussi sur le système nerveux central » (Huet[1].) Ces courants devront être faibles, et de moyenne densité, c'est-à-dire appliqués au moyen d'électrodes de large surface, de 10 à 20 centimètres carrés par exemple. L'immersion de la main dans une cuvette d'eau salée (pôle positif) peut avoir ses indications. « Actuellement, on n'attache plus, d'une façon générale, à la direction du courant, l'importance qu'on lui a donnée autrefois » (Huet.) L'intensité sera graduée à bon escient, le nombre de milliampères pouvant osciller entre 3, 4, 5 et 30, 40, 50. Il n'est souvent pas nécessaire d'atteindre ces chiffres élevés pour obtenir de très bons effets curatifs. Le nombre de séances, et leur durée seront proportionnels à la susceptibilité de chaque malade.

L'électricité *statique* compte, elle aussi, des succès. Les étincelles sont un procédé un peu brutal qui peut être suivi d'une aggravation des douleurs. L'emploi du souffle est préférable et amène souvent une sédation suffisante.

3° *Les injections profondes de cocaïne ou de stovaïne pratiquées localement* sont parfois un remarquable adjuvant de la cure. La solution à employer est celle au $^{1}/_{100^e}$. Je me sers volontiers de la formule suivante[2] :

(1) Huet, Clinique des Mal. du syst. nerveux. du Prof. Raymond. 1903, p. 272.

(2) Dans ces différentes solutions, il est préférable de faire stériliser ensemble l'eau, le NaCl et l'acide phénique, et de n'ajouter que plus tard, après refroidissement à 50° environ, la cocaïne ou la stovaïne.

Chlorhydr. de cocaïne (ou Stovaïne)...	0,50 centigrammes
Chlorure de sodium....................	0,25 —
Acide phénique en solution 1/10e........	10 gouttes.
(un gramme pour 10 centim. cubes d'eau distillée.)	
Eau distillée..........................	150 c. cubes.

Trois centimètres cubes de cette solution contiennent :

Un centigramme de chl. de cocaïne ou de stovaïne.
Deux milligrammes d'acide phénique
et Cinq milligrammes de NaCl.

C'est là une solution à peu près isotonique. J'injecte sur différents points du trajet douloureux, aux alentours du tronc nerveux, et au niveau des derniers ramuscules périphériques, une seringue contenant deux à trois centimètres cubes de la solution, soit, en une séance, deux à trois centigrammes de cocaïne répartis dans six à neuf centimètres de la solution. On renouvelle, les jours suivants. Il est certain qu'on peut créer ainsi un certain degré de cocaïnomanie, rare cependant, mais le soulagement est tel qu'il ne faut pas hésiter à recourir à cette méthode. Il ne serait pas illogique d'aller plus loin encore, et dans les cas de névrite ascendante du cubital localisée à la main ou à l'avant-bras, d'injecter (après anesthésie générale toute momentanée, à l'éthyle par exemple) quelques gouttes d'une solution cocaïnique à l'intérieur même du tronc nerveux, au niveau de la gouttière olécranienne, par exemple.

La solution à employer doit encore se rapprocher ici, autant que possible, de l'isotonie, c'est-à-dire de — 0,56.

Chlorhydr. de cocaïne...	0,40 centigrammes.
Chlorure de sodium.....	0,03 —
Eau distillée...........	10 cent. cubes.

Le quart de centim. cubes (c'est-à-dire cinq gouttes) contient un centigramme de cocaïne.

4° *Du massage* léger, fait avec prudence, pourra encore être utilisé avec avantage, *lorsque les phénomènes douloureux auront à peu près disparu.*

Traitement général.

C'est toujours l'élément douleur qu'il faudra combattre. Les sédatifs connus, la phénacétine, l'acétaniline, l'antipyrine, le pyramidon, et surtout l'aspirine seront recommandés.

L'extrait thébaïque, sous ses diverses formes, aux doses ordinaires de deux à huit centigrammes par jour, ou aux doses progressives jusqu'à trente et quarante centigrammes et même plus par vingt-quatre heures, apporteront souvent un soulagement appréciable. On sait combien il est dangereux d'employer la morphine en injections sous-cutanées. La morphinomanie progressive avec toutes ses conséquences est presque inévitable.

L'insomnie sera amendée par le sulfonal, le trional.

Le véronal est un bon hypnotique aux doses de 0.50 cgr. à 1 gr. par nuit.

Il est évident qu'il ne faudra pas négliger de traiter des tares générales que pourra présenter le névritique : *diabète, paludisme, alcoolisme*, etc. On sait que M. Ballet a insisté particulièrement sur l'effet nocif de l'alcoolisme au cours de telles névrites.

Enfin, *il est important de relever le moral* de tels malades rapidement angoissés et phobiques à la suite des souffrances qu'ils endurent. Il faudra les exhorter à la patience, leur faire entrevoir une guérison certaine, guérison qui n'est pas un leurre, pour la plupart de ceux, qui *confiants dans le seul traitement médical*, savent attendre.

Il est bien rare qu'après des semaines, des mois, la guérison ne se produise pas, sinon une guérison complète, du moins une amélioration compatible avec une existence à peu près normale.

Une des observations du chapitre suivant est un bel exemple de ces améliorations à longue échéance.

Ce malade, opéré deux fois, au doigt et à la main, à la suite d'une plaie de l'annulaire gauche, sut, quoique grand névropathe, résister à des conseils chirurgicaux d'élongation, d'amputation, de sections radiculaires, et après deux ans de souffrances vives, et six années de douleurs d'intensité moyenne, il a depuis plusieurs mois repris ses occupations habituelles, se servant de sa main malade à peu près comme par le passé.

CHAPITRE XI

Observations.

Je crois qu'il n'y aurait pas grand intérêt à reproduire dans ce chapitre l'ensemble des observations, même résumées, de névrite ascendante, publiées jusqu'ici (1).

Elles présentent bien pour la plupart les descriptions fidèles des symptômes présentés par le malade, mais ce ne sont que les symptômes du moment, peu ou pas suivis dans leur évolution, non contrôlés par l'anatomie pathologique.

Je ne rapporterai donc que quelques-uns des cas dont l'observation se complète à longue échéance, et qui me paraissent démonstratifs des types que j'ai cherché à établir.

PREMIER GROUPE : *Types complexes.*

DEUXIÈME GROUPE : *Types ordinaires.*
A. Première étape ;
B. Deuxième étape ?

TROISIÈME GROUPE : *Traumato-névroses ascendantes.*

(1) On trouvera au chapitre historique, toute la documentation bibliographique utile à ce point de vue.

PREMIER GROUPE

Névrites ascendantes complexes.

J'appelle ces névrites ascendantes : *complexes*, parce qu'elles surviennent chez des sujets déjà manifestement atteints de lésions des centres nerveux : hémiplégie (Marinesco) ; paraplégie (Sicard), et parce que le processus infectieux de névrite disparaît presque au milieu du cortège des autres symptômes infectieux qui le commandent (gangrène des deux tiers inférieurs de la jambe (Marinesco); vastes escarres sacrées et fessières (Sicard). Tous les tissus nerveux, conjonctifs, lymphatiques, musculaires, ont réagi au loin. La localisation propagée n'est pas seulement névritique, elle est presque globale et l'évolution de la toxi-septicémie ascendante revêt une allure suraiguë, la mort survenant au bout de quelques jours.

Obs. I (très résumée).

Marinesco. — Contribution à l'étude de la névrite ascendante. (La Presse médicale, 23 novembre 1898.)

Femme de 65 ans, hémiplégique, et atteinte ultérieurement de gangrène du membre inférieur, avec infection du sciatique poplité externe. De très belles figures accompagnent ce travail. On y voit les microbes de la suppuration proliférer sur place, sans remonter à l'intérieur du nerf; mais, par contre, la réaction vasculaire et de diapédèse, se propageait au loin jusqu'au niveau de la moelle. Évolution mortelle en quelques jours.

Obs. II (Sicard).

Compression médullaire et myélite. Paraplégie spasmodique suivie de paraplégie flasque. (Revue Neurologique, nº 2, 1905, p. 123.)

Adolescent, qui au cours d'une pachy-méningite tuberculeuse, fit une thrombose des artères spinales postérieures dorso-lombaires avec myélomalacie des cordons postérieurs. Rapidement apparurent de vastes escarres sacrées et fessières. La mort survint en deux semaines. *A l'autopsie*, outre les lésions des centres on constata une névrite inflammatoire microbienne du sciatique au niveau même des escarres. L'ascension microbienne était limitée, mais les réactions diapédétiques et *vasculaires* s'étendaient au loin.

Il est bien difficile de rapprocher en clinique ces cas de névrite ascendante accompagnant l'infection suraiguë de la totalité d'un membre ou d'un segment de membre chez des sujets antérieurement atteints de graves lésions des centres nerveux, d'avec les processus de névrite chronique ascensionnelle que nous étudions.

DEUXIÈME GROUPE

I. — Névrites disto-centrales à étape ascendante limitée.

Ces névrites constituent la presque totalité des cas publiés. Après une phase de douleur très aiguë, se révèlent ordinairement des troubles amyotrophiques dans le domaine du nerf intéressé, amyotrophie à allure périphérique. La guérison survient le plus généralement. Elle se fait dans l'espace de quelques mois à deux ou trois ans.

Voici deux observations se rapportant à ce type : l'une encore à la période d'évolution (Raymond et Guillain), l'autre avec guérison (Remak).

Obs. I.

Névrite ascendante consécutive à une plaie de la paume de la Main (MM. Raymond et Guillain, *Revue neurologique*, 1905, n° 4, p. 246.

4 juin 1904. — Une femme tombe tenant dans sa main gauche un verre, le verre se casse et des fragments causent une plaie pénétrante au niveau de l'éminence thénar. Elle est conduite à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du docteur Blum, qui constate une plaie contuse de l'éminence thénar. Il fit une intervention chirurgicale pour aller à la recherche du tendon fléchisseur du pouce que l'on croyait coupé et dont on voulait faire la suture, mais le tendon fut intact à l'opération. La plaie accidentelle avait été infectée, car il se fit peu de jours après la chute une suppuration de la paume de la main, la malade commença à souffrir au niveau de cette main, les douleurs persistèrent durant tout le mois de juillet.

20 août 1904. — Des douleurs violentes se montrent au niveau de l'avant-bras et du bras. La malade entre à cette époque à la Salpêtrière.

Nous avons constaté alors que la main gauche était immobile, violacée, froide; il y avait une cicatrice linéaire à la base de l'éminence thénar qui suppurait encore. Les mouvements de la main étaient très limités; quand on la priait de plier les doigts, elle esquissait seulement un léger mouvement de flexion des premières phalanges, aucun mouvement du pouce n'était possible sauf une très légère adduction, l'écartement et le rapprochement des doigts étaient extrêmement limités. L'extension des doigts était défectueuse, de même la flexion et l'extension de la main sur l'avant-bras se faisaient sans force. Les mouvements au niveau du coude étaient bien conservés, l'élévation de l'épaule était limitée à cause des douleurs. — Des douleurs spontanées existaient en effet dans toute l'étendue de l'avant-bras et du bras, dans le creux sus-claviculaire. Le médian sur tout son trajet était très douloureux à la pression, on réveillait une douleur très forte par la pression du plexus brachial et de ses racines dans le creux sus-claviculaire. On ne constatait pas d'anesthésie, mais de l'hyperesthésie au niveau de la main.

L'excitabilité idio-musculaire était exagérée sur le membre supérieur gauche, les réflexes du poignet et olécraniens étaient exagérés de ce côté.

5 septembre 1904.— L'examen électrique, pratiqué par M. Huet, montra qu'au point de vue moteur on constatait seulement de la réaction de dégénérescence dans les muscles de l'éminence thénar. Dans les muscles innervés par le médian à l'avant-bras et ceux innervés par le cubital à la main et à l'avant-bras les réactions électriques étaient bien conservées.

Depuis l'entrée de cette malade à la Salpêtrière, les phénomènes douloureux ont persisté avec la même intensité, ils sont extrêmement pénibles. Le nerf médian et le plexus brachial sont toujours très sensibles à la pression. Les muscles de l'avant-bras et du bras se sont légèrement amaigris, la motilité est toujours défectueuse dans les mêmes territoires qu'antérieurement, les troubles trophiques de la main persistent.

11 janvier 1905. — Les réactions électriques ont montré à M. Huet que l'on constate toujours de la *DR* dans les muscles de l'éminence thénar innervés par le médian (court abducteur, opposant et court fléchisseur du pouce) mais avec les caractères d'une *DR* de date assez ancienne et atténuée, c'est-à-dire que l'excitabilité faradique est nulle ou extrêmement diminuée, l'excitabilité galvanique est assez diminuée, les contractions deviennent assez vives dans les muscles internes où $NFC > PFC$, elles sont moins vives dans le court abducteur où $NFC > PFC$. L'excitabilité faradique et galvanique est un peu diminuée dans l'adducteur du pouce, mais avec qualité normale, contractions vives et $NFC > PFC$. Dans les muscles de l'éminence hypothénar et dans les interosseux l'excitabilité électrique ne montre

aucune trace de *DR*. On ne constate aucune altération des réactions dans les muscles de l'avant-bras (territoire médian, cubital et radial) ni dans les muscles du bras (musculo-cutané).

Ajoutons que la pupille gauche est un peu plus petite que la droite et que l'œil gauche présente une légère enophtalmie. — Il existe aussi de l'arthrite de l'articulation scapulo-humérale qui a déterminé un certain degré d'ankylose fibreuse.

M. Babinski estime que l'ankylose partielle que présente cette femme au niveau de son articulation scapulo-humérale est vraisemblablement consécutive à de l'arthrite ou de la péri-arthrite et qu'il faut tenir compte de ce fait dans l'interprétation des troubles amyotrophiques. L'exagération du réflexe tricipital vient à l'appui de cette hypothèse.

Obs. II.

Remak, *Neuritis et polyneuritis* (*Berlin 1899*), *p. 264*.

9 mars 1897. — Un homme de 39 ans se fait une coupure sur la face dorsale de l'index gauche, au niveau de l'articulation de la phalangette, avec un couteau de poche, la plaie aurait pénétré jusqu'à l'os. Le malade lave sa blessure avec de l'urine.

Du 10 au 25 mars 1897. — Douleurs assez vives dans la main, l'avant-bras, le bras, en même temps que des signes de phlegmon localisé de la main, avec traînées de lymphangite du membre supérieur se déclaraient.

30 mars 1897. — Consultation chez le Pr Oppenheim. La plaie est cicatrisée, les phénomènes aigus se dissipent. Il reste cependant un œdème marqué du dos de la main. Les douleurs étaient très vives, localisées à la sphère du radial *et s'irradiant en hauteur à l'avant-bras et même au bras.* L'excitabilité électrique du radial était troublée, mais les membres innervés par ce nerf ne présentaient pas de *D R*.

15 juin 1897. — Consultation chez le Pr Remak. Œdème toujours marqué du dos de la main. Douleurs très accusées. Arthrite et demi-ankylose du poignet, du coude et de l'épaule du même côté. Parésie des membres de l'avant-bras innervés par le radial. Réaction de dégénérescence dans les membres radiaux et longs supinateurs à *allure périphérique.*

28 septembre 1898. — Les douleurs se sont amendées, les troubles parétiques ont à peu près disparu, le malade ne conserve qu'un degré accusé d'amyotrophie avec de légers troubles des réactions électriques sans *D R*.

La guérison complète, pour Remak, est assurée.

II. — Névrites disto-centrales ascendantes, avec deuxième étape ganglionnaire ?

Voici quatre observations paraissant se rapporter à ce groupe. Il faut avouer qu'aucune d'elles ne me semble absolument concluante d'une phase radiculo-médullaire légitime (voir discussion critique, p. 70). Dans la première (Gilles de la Tourette-Chipault), la guérison a été obtenue complète, dans la deuxième (Gilles de la Tourette, Chipault, Brissaud), suivie plus de dix ans, amélioration à peu près complète; dans la troisième (Monod et Chipault), quoique après résection des racines, les douleurs ont persisté; dans la quatrième (Brissaud et Lucas-Championnière) le malade, également opéré de résection radiculaire s'est suicidé, l'opération n'ayant procuré qu'un soulagement passager.

Obs. I.

Intitulée par Gilles de la Tourette et Chipault : *La phase radiculaire des névrites ascendantes traumatiques* (La Presse Médicale, p. 269, 1896, juin.)

1886. — J..., âgé de 40 ans, cultivateur, se coupa accidentellement, à l'âge de 30 ans, la face palmaire du pouce gauche, en taillant, à l'aide d'une serpe, une branche d'arbre. L'incision, très profonde, s'accompagna immédiatement de douleurs vives. La plaie localement a toujours été depuis le siège de souffrances spontanées et très vives.

1894. — Huit ans plus tard, à l'âge de 48 ans, ces douleurs augmentèrent d'intensité et s'accompagnèrent pour la première fois de fourmillements dans le bout des doigts de la main gauche, surtout les quatre premiers, et d'élancements qui remontaient dans le bras et l'avant-bras. Quelques mois plus tard, la main maigrissait et perdait de sa force. En même temps, la peau des extrémités du pouce, de l'index, du médius, de l'annulaire s'apaississait et tout autour de la matrice unguéale, survenaient des phlyctènes qui s'ouvraient puis se fermaient pour s'ouvrir encore.

1895. — En 1895, état général précaire, avec amaigrissement par suite des souffrances que cet homme endure. Celles-ci empêchant presque complètement le sommeil, siègent permanentes, au niveau du pouce, et s'exacerbent par crises, surtout nocturnes, en se diffusant alors avec sur tout le membre supérieur, sauf sa partie externe. Objecti-

vement, les sensibilités à la piqûre et à la température, sont exagérées au niveau du pouce, diminuées au niveau du reste de la main, sauf à sa partie supéro-externe, et de la partie inféro-interne de l'avant-bras. Les muscles thénariens et hypothénariens sont atrophiés ainsi que les interosseux, les extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras, le triceps, le grand pectoral, le grand dentelé et les sus et sous-scapulaires; les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont conservés, ainsi que la flexion de l'avant-bras. Le pouce, l'index, le médius et l'annulaire sont en extension constante, les articulations du pouce étant ankylosées complètement, celles de l'index, du médius et de l'annulaire incomplètement. Les extrémités de ces quatre doigts sont recouvertes de phlyctènes à divers degrés d'évolution : ces phlyctènes ont mis à nu, dans sa presque totalité, le derme du pouce, aussi bien sur la face palmaire que sur la face dorsale ; sur les autres doigts, les phyctènes se limitant à la matrice unguéale, la peau de la face palmaire étant simplement sclérosée. Enfin, les pupilles sont inégales, la droite dilatée et réagissant bien à la lumière, la gauche en myosis permanent.

J'ajoute qu'il n'y avait aucun symptôme du côté des membres inférieurs ni des réservoirs.

Les symptômes en somme, dispersés sur le territoire du radial, du médian, du cubital, du brachial cutané interne, avaient, au contraire, une distribution radiculaire nette : ils occupaient, aussi bien au point de vue sensitif que moteur, le territoire des quatre dernières racines du plexus brachial : les VIe, VIIe, VIIIe cervicales, Ire dorsale, en respectant le territoire de ses racines supérieures. Il s'agissait d'une névrite radiculaire inférieure : la présence du myosis venait encore, s'il était nécessaire, confirmer ce diagnostic.

La prescription suivante fut formulée : tous les jours, une séance d'une heure de durée d'électricité galvanique. Pôle positif à la nuque, sous forme de large plaque ; pendant la première demi-heure, pôle négatif sous forme de tampon, promené pendant une demi-heure sur toutes les régions du bras et de l'avant-bras ; pendant la seconde demiheure, la main et l'avant-bras plongeront dans une cuvette de porcelaine, remplie d'eau et dans laquelle on placera le pôle négatif. Les extrémités ulcérées des doigts seront protégées à l'aide de doigts en caoutchouc ; le malade prendra en outre 30 centigrammes d'iodure de potassium par jour, contre les crises douloureuses, jusqu'à l'avis contraire, et de la phénacétine entre les crises douloureuses.

26 novembre 1896. — Le 26 novembre, le frère du malade, rentré à la campagne, écrit : « Les plaies du bout des doigts sont entrées dans une phase nouvelle, l'annulaire et le médius sont complètement guéris ; l'index est en bonne voie de guérison, le pouce est encore le siège de douleurs vives.

Février 1896. — En février, l'amélioration est vraiment considérable. Toutes les phlyctènes ont disparu, les mouvements du bras, de la main, des doigts sont parfaitement revenus; seul l'index est encore raide. Le bras a repris en grande partie son volume normal.

24 mars 1896. — Le 24 mars 1896, l'amélioration continue à évoluer. Le malade n'éprouve plus que l'après-midi de légers fourmillements, tantôt dans l'index, tantôt dans le médius, tantôt dans l'annulaire.

M. Chipault, à qui je viens d'écrire, pour connaître la suite de l'observation, m'a répondu qu'il avait perdu le malade de vue.

Je me permettrai quelques critiques, au sujet de ce cas. *La distribution radiculaire des troubles sensitifs et moteurs n'est nullement établie par la description symptomatique.* La recherche des réflexes, et, ce qui est plus grave, celle des réactions électriques, n'a pas été pratiquée. De plus, l'inégalité pupillaire peut trouver sa cause dans une syphilis que l'on n'a pas recherchée. Enfin, pour une *névrite radiculaire ascendante* si grave, et dont la lésion anatomique doit être profonde, la guérison en quelques mois, sous l'influence d'un traitement électrique, me paraît bien rapide.

Obs. II.

Dans ce même travail (Gilles de la Tourette et Chipault, *La Presse médicale, juin 1896*), je trouve l'étude d'un second malade, que j'ai pu de nouveau examiner, grâce à M. Brissaud, il y a quelques semaines à peine, c'est-à-dire près de dix ans après cette publication. On verra que le diagnostic de névrite radiculaire porté à cette époque (1896) n'était peut-être pas très justifié.

Avril 1895. Début. — A l'âge de 60 ans, W... se fait à l'annulaire droit, en fermant violemment une fenêtre dont le carreau s'était brisé, une blessure peu profonde, transversale, située à mi-hauteur de la deuxième phalange. Il y eut peu de suppuration, en quinze jours la plaie était cicatrisée. Il faut noter cependant que, au moment même du traumatisme, la section avait été extraordinairement douloureuse. Peu de douleurs pendant la phase de cicatrisation. Puis environ trois semaines après l'accident, des douleurs, sous la forme toute nouvelle de crises, apparaissent. Elles partent de la face dorsale du doigt malade et s'étendent à toute la moitié intense de la face dorsale de la

main. Le tronc du cubital était sensible au niveau de la gouttière epithrochléenne ; le petit doigt, la moitié interne de la face dorsale de la main étaient le siège d'une hyperesthésie interne.

Somme toute, les accidents se localisèrent au territoire de la branche dorsale cutanée du cubital.

Mai 1895. — Intervention chirurgicale. M. Tuffier fit la résection de cette branche dorsale après soulèvement d'un lambeau comprenant la peau de toute la moitié interne de la face dorsale de la main : les branches du nerf étaient très adhérentes au tissu environnant et présentaient un volume au moins double de leur volume normal.

A l'examen microscopique, on constata une véritable dissociation œdémateuse de tous les éléments interstitiels des nerfs : il fut impossible d'y colorer ou d'y cultiver des microbes. Quoi qu'il en soit, la plaie opératoire fut complètement suturée au catgut et recouverte d'un épais pansement ouaté. Il n'y eut pas la moindre amélioration fonctionnelle ; les crises douloureuses, dès le réveil chloroformique, revinrent aussi fréquentes et aussi intenses qu'avant l'opération ; il y eut même, pendant quarante-huit heures, une exacerbation manifeste. On réussit cependant à faire garder au malade son pansement pendant sept jours, et, en l'enlevant on constata un léger sphacèle du lambeau à la partie supérieure de son bord interne : il n'y avait, du reste, aucune réaction inflammatoire. Les fils furent enlevés, en plusieurs séances, à cause des douleurs que provoquait leur ablation, et, à partir de ce moment, des bains de bras tièdes, légèrement antiseptiques et cocaïnés, donnés deux fois par jour. Ces précautions ne purent entraver la marche du sphacèle qui décolla d'abord la totalité de l'épiderme, puis, sur une étendue de quelques centimètres seulement, le derme du lambeau. Entre temps, comme les souffrances persistaient, tous les analgésiants médicaux avaient été, sans le moindre succès, employés. De plus, peu à peu, les muscles s'atrophiaient, les thénariens et les interosseux d'abord, puis les fléchisseurs de l'avant-bras. Enfin, la sensibilité du tronc nerveux à la pression remontait, quoique avec des oscillations : elle finit par dépasser la clavicule. Le plexus, au-dessus d'elle, devint douloureux. A ce moment, le triceps brachial s'atrophia à son tour.

C'est quelques jours plus tard, que le malade, sans qu'on lui fît à ce sujet la moindre question, déclara que, depuis la veille au soir, la douleur qu'il éprouvait avait complètement changé de caractère. Antérieurement, elle était permanente, avec des crises qui partaient du bord interne et de la partie interne de la face dorsale de la main ; quelquefois, mais rarement, les crises s'accompagnaient de vives douleurs rétro-épitrochléennes, et, seulement dans les derniers temps, de douleurs analogues au-dessus de la clavicule ; une ou deux fois, elles s'étaient accompagnées de petits spasmes dans les muscles internes de l'avant-bras. Or, dans les dernières crises, la douleur, après avoir

eu son début habituel à la partie interne de la main, avait remonté le long de l'avant-bras et du bras, en avant et en arrière, suivant une ligne qui, en avant, commençait en dehors du pisiforme, pour passer en dehors du tendon du biceps et se perdre à la mi-hauteur du bras ; en arrière, passait en dehors de la petite tête du cubitus, pour se perdre dans la gouttière épitrochléenne. Il n'y avait pas eu de spasmes. Les régions incriminées ne présentaient, entre les crises, aucune modification de leur sensibilité objective, mais, pendant les crises, le moindre contact, sur les deux bandes indiquées, provoquait un redoublement de souffrances : elles étaient le siège de l'hyperalgésie la plus intense. En présence de ces symptômes nouveaux, le diagnostic était évident ; *la névrite avait atteint les racines médullaires*, et, fait singulier, une seule de ces racines, la huitième cervicale.

Malgré sa gravité, *la résection intradurale des racines postérieures, qui semblait seule susceptible d'entraver scientifiquement la marche du mal, fut proposée : elle fut repoussée, et le malade perdu de vue* (1). Nous ignorons, ajoutent, *à cette date de 1896*, MM. Gilles de la Tourette et Chipault, ce qu'il est devenu, si son infection nerveuse, continuant à remonter, a été jusqu'à la moelle, ou si elle s'est enfin arrêtée.

1905. — C'est grâce à M. Brissaud que, depuis 1896, nous avons pu reconstituer l'histoire de ce malade et l'examiner de nouveau au mois de mai 1905.

Les crises ont persisté, s'atténuant durant les années 1897, 98, 99, 1900, elles se sont très amendées ensuite, et, au mois de mai 1905, l'examen du membre supérieur droit donne les résultats suivants :

Objectivement — à part les marques cicatricielles de l'opération de M. Tuffier, cicatrice du reste non cheloïdienne, la main se présente avec son aspect normal. Pas d'œdème, pas de refroidissement, les mouvements de flexion, d'extension des doigts sont possibles, diminuées cependant au niveau du petit doigt et de l'annulaire.

Aucun trouble de la sensibilité objective, sauf un peu d'hyperesthésie sur le bord interne de la main, au niveau du petit doigt et de l'annulaire.

Les troubles sensitifs douloureux sont très atténués, parfaitement supportables, ils sont à peine réveillés par la pression, les chocs, la palpation du cubital dans la gouttière, ou au niveau du plexus.

On n'arrive pas par la palpation à déceler l'hypertrophie des troncs nerveux le long du membre supérieur.

L'examen électrique, pratiqué par M. Allard, *n'a relevé aucun trouble des réactions* « Même les interosseux de la région opérée donnent une bonne contraction » (Allard).

Par contre, la radiographie faite par M. Infroit nous a montré une transparence anormale, une raréfaction du tissu osseux,

(1) Je souligne en italique ces lignes qui ne le sont pas dans le texte primitif.

des os de la main droite, intéressée, très nette, comparativement avec l'image radiographique du côté opposé. Radius, cubitus et humérus se présentent avec leur opacité normale. Egalement à droite, on peut voir une radiale sclérosée, dure, la radiale gauche n'ayant pas marqué sa trace sur l'épreuve.

Que conclure de cette observation suivie à longue échéance et qui par cela même constitue un document des plus intéressants? C'est que le diagnostic de névrite *radiculaire* porté en 1896, n'était peut-être pas très légitime. Les recherches électriques n'ont pas été pratiquées, les territoires *objectifs* des troubles sensitifs n'ont pas été délimités, et il me semble que la seule constatation de troubles sensitifs *subjectifs* en bande longitudinale n'est peut-être pas suffisante pour étayer un tel diagnostic. Enfin, pour qui connaît l'état de névropathie très accusé de ce malade avec ses phobies, son état hystériforme, ses petites crises de pamoison lorsqu'il décrit ses anciennes douleurs devant un auditoire nombreux, et sa démarche parfois dysbasique, on ne saurait prendre en grande considération les spasmes qu'il a présentés durant un certain temps au niveau des muscles du membre intéressé.

Je crois que M. W. a fait sagement de refuser toute nouvelle intervention chirurgicale, et notamment la résection radiculaire. Ce n'est plus, à l'heure actuelle, un névritique, mais un simple névrosé qui a pu retourner, à peu près comme par le passé, malgré son âge, 73 ans, à ses occupations habituelles de maquignon.

Obs. III. — (Monod et Chipault)

Névrite ascendante. Résection intra-durale des racines postérieures pour névralgie d'un moignon. (MM. C. Monod et A. Chipault, *Trav. de neur. chir.* de Chipault, t. IV, p. 64, 1899).

Voici encore l'observation d'un malade longtemps suivi et qui a fait le sujet d'un travail de M. Delorme (1896), d'une présentation de M. Monod (1898) à la Société de chirurgie, d'une étude de MM. Monod et Chipault (1899).

1884 — *Début.* Homme qui, à l'âge de 28 ans, reçoit un coup de feu au poignet gauche. Pas de délabrements importants. Après une suppuration passagère, la cicatrisation se fait. Mais il est à noter qu'il exista des douleurs aussitôt après, douleurs qui persistèrent assez vives, avec recrudescences et améliorations passagères, durant près de dix ans.

1894. — *Première intervention.* Dix ans après le traumatisme. A l'âge de 38 ans, chez cet homme qui ne s'était jusque-là jamais soigné, les phénomènes douloureux reprirent une acuité inusitée, et Nelaton pratiqua la résection du poignet.

Il n'y eut aucun protocole de l'état anatomique des nerfs ainsi reséqués.

1895. — *Deuxième intervention.* Un an après, Ferraton fit l'amputation de l'avant-bras, car les douleurs avaient persisté aussi intenses.

1896. — *Troisième intervention.* En 1896, Delorme décrit ainsi l'état du moignon, un an après la deuxième opération.

« Après la cicatrisation du moignon, la névrite s'aggrava, le moignon était œdematié rouge sérieux, les douleurs s'irradiaient sur le trajet du medium, du cubital, du radial, jusqu'aux origines médullaires de ces nerfs, leurs troncs étaient augmentés de volume. Pendant les crises, il présentait un tic facial et une contraction des muscles du côté du cou, correspondant à l'amputation. »

Si bien que Delorme pratiqua l'amputation du bras au niveau de son 1/3 inférieur. Il put reséquer 8 centim. cubes de cubital. Le nerf était gros, et était le siège de *névrômes.*

1897. — *Quatrième intervention.* L'état douloureux ne s'étant amendé que pour un temps, le malade devenu morphinomane, rentre dans le service de M. Monod. La quatrième opération fut faite par M. Van-verts, qui libère la cicatrice du moignon, trouve un cubital volumineux et présentant des renflements, puis après incision axillaire, va à la recherche des nerfs du plexus qui paraissent normaux à la vue, et les sectionne tous.

Amélioration passagère.

1897. — *Cinquième intervention.* Le 14 décembre 1897, MM. Monod et Chipault pratiquent la résection des racines postérieures.

L'opération est faite en deux temps. Mise à nu de la dure-mère dans un premier temps.

Le 17 décembre, résection des 7me racine cervicale postérieure, 1re et 2me dorsale gauche.

Une fistule cephalo-rachidienne persiste jusqu'au 6 janvier. Cicatrisation complète de la plaie au 12 janvier 1898.

Les douleurs s'amendent à peu près complètement durant trois mois.

Objectivement il persiste une bande anesthésique le long de la face postéro-cutanée du moignon de l'épaule.

1898 — En mars 1898, l'état douloureux revient, le malade reprend sa morphine, les crises reviennent avec leur état paroxystique préalable, des spasmes, des tremblements, des secousses agitent le moignon scapulo-huméral.

1903. — M. Chipault fait allusion en 1903 à ce malade dans son traité de « l'Etat actuel de la chirurgie nerveuse ». Il l'a trouvé dans le même état lamentablement douloureux, toujours très morphinomane. Depuis il l'a perdu de vue.

Peu de preuves encore dans cette troisième observation en faveur d'une lésion démontrée des racines postérieures. Il est difficile de conclure. Les nombreuses opérations ont transformé cette névrite ascendante distro-centrale en névrite proximo-centrale. Les sections des lames osseuses, l'incision de la dure-mère, ont pu être suivis d'un processus cicatriciel d'englobement direct suffisant à expliquer ces douleurs persistantes.

Obs. IV (Brissaud) inédite.

Autre observation, sans autopsie, d'un malheureux névritique, morphinomane obsédé, chez lequel on pratique également la résection des racines, et qui, non soulagé, se suicide.

Inédite. — *Communiquée par* M. Brissaud *en avril 1905*.
Névrite ascendante post-traumatique.

Début, 1899. — X. a été victime d'un accident qui lui a causé une blessure de la main droite, au niveau de la région hypothénar. — Ayant glissé au cours de son travail d'équarrisseur, il embrocha sa main au niveau de l'éminence hypothénar sur un crochet de cuivre qui servait à suspendre les peaux. Il y eut à ce niveau une déchirure très étendue mais qui se cicatrisa rapidement. Pourtant, quinze jours après l'accident, survint au niveau de la partie postérieure du coude et de l'avant-bras un gonflement douloureux, qui persista quelques semaines. Pendant trois ans et demi environ il souffrit à ce niveau de douleurs supportables, mais à peu près constantes, influencées par la fatigue, par les changements de température. Il ne se servait souvent dans son métier de sa main anciennement traumatisée qu'avec hésitation.

Février 1902. — En février 1902, comme les douleurs présentaient une recrudescence marquée (le malade ne s'était jamais soigné), il entra

dans le service de M. Triboulet, qui le soigna pour une névrite ascendante (massage et salicylate de soude).

Le malade resta deux mois et demi à l'hôpital, puis sortit sans être guéri : il ne put travailler. Ses crises douloureuses augmentant beaucoup, il se fit admettre dans le service du professeur Brissaud, qui le passa dans celui de M. Lucas-Championnière.

Juin 1902. — A cette époque, X... accusait une douleur atroce et continuelle de l'avant-bras droit. Elle partait de la cicatrice de l'éminence hypothénar, à deux centimètres au dessous du pli radio carpien, et remontait le long du bord interne de l'avant-bras pour s'arrêter au niveau du coude. Des exaspérations douloureuses se présentaient en crises paroxystiques. Pendant ces crises, le malade crie, se replie sur lui-même en serrant le membre malade de la main gauche. Les crises reviennent à peu près toutes les cinq minutes. Il lui semble qu'on lui arrache quelque chose dans la main. Il ne dort plus sauf toutes les trois ou quatre nuits lorsqu'il est dans un état de fatigue extrême.

Au début, au mois de février, il y avait eu d'abord un sentiment d'engourdissement sur les deux faces des quatre derniers doigts. Puis il avait des contractions involontaires, des fléchissements qui ont déterminé une flexion de la main contre laquelle il ne pouvait lutter. Cela durait quatre ou cinq minutes, 4 à 8 fois par jour; puis ces contractures douloureuses s'accentuèrent et devinrent bien plus fréquentes.

En même temps l'état général s'est altéré. Il y avait peu d'appétit. L'amaigrissement a été énorme (36 livres en trois mois.)

Quand on l'examine aujourd'hui, on trouve la main droite avec des doigts à moitié fléchis et inclinés sur le corps cubital. Le métacarpe est en extension forcée sur l'avant-bras avec excavation de la face palmaire. On peut redresser les doigts. On peut presser la main et la région interne de l'avant-bras, mais le frôlement léger du tégument détermine immédiatement une crise. La douleur est ressentie dans le bras et dans le thorax.

Il existe une hyperesthésie très marquée au niveau de la moitié interne de l'avant-bras, face antérieure et postérieure, et un point très douloureux dans la gouttière epitrochléo olécranienne. *Rien* au niveau du bras.

Avant le développement de ces accidents, le sujet n'a jamais fait de maladie grave. Il a habité l'Algérie, mais n'y a jamais eu la fièvre.

6 juin 1902. — *Opération* par M. Lucas-Championnière, pour résection radiculaire.

Incision oblique au-dessous de la nuque ayant pour centre l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Détachement des masses musculaires latérales et section des ligaments interépineux. Section avec la pince gouge de l'arc postérieur de la septième cervicale. Entrée un peu laborieuse dans le canal médullaire. Section également de la 6e vertèbre cervicale. Les lames et l'apophyse épineuse de la pre-

mière dorsale sont ensuite enlevées d'un seul coup. La dure-mère bien découverte est incisée sur la ligne médiane.

Au-dessous l'arachnoïde très distendue par le liquide céphalo rachidien ne laisse rien voir. L'incision de l'arachnoïde donne lieu à un écoulement énorme de ce liquide, écoulement qui se renouvellera et gênera sans cesse jusqu'à la fin de l'opération.

Deux paires nerveuses sont faciles à voir. L'une répond à un niveau un peu inférieur à celui de la septième cervicale. L'autre à un niveau un peu supérieur. Les racines postérieures à droite sont soulevées sur un crochet à strabisme et facilement sectionnées d'un coup. Puis elles sont reséquées du côté du ganglion.

Une tentative est faite pour atteindre la racine postérieure de la paire située au-dessus de l'arc de la sixième vertèbre. Elle est sectionnée mais ne peut être bien reséquée.

Tout le fond de la plaie et la moelle mise à nu sont nettoyés avec l'eau phéniquée forte.

Suture de la dure-mère avec trois points de catgut. Sutures grossières sur les masses musculaires pour les rapprocher. Gros drain sous les masses musculaires au voisinage de la dure-mère. Suture de la peau.

Au moment de la section de la paire la plus basse, le sujet a fait un mouvement violent comme s'il souffrait beaucoup. Pensant que cela pourrait être attribué à une anesthésie imparfaite, j'ai fait donner du chloroforme jusqu'à anesthésie profonde, puis j'ai fait la section de la paire située au-dessus. Il y a eu encore un mouvement, mais peut-être moins violent.

La durée de l'opération a été de deux heures environ.

Le réveil a été bon mais très douloureux.

Dès le lendemain le soulagement était considérable. Partout où la veille on observait l'*hyperesthésie* il y avait une *anesthésie* absolue et on pouvait toucher les parties sans provoquer de crise.

Le cinquième jour on tenta de supprimer absolument la morphine. Mais le sujet, fort indocile, en réclamait sans cesse. Il avait pourtant bien et profondément dormi. Il était fort difficile à soigner. La plaie donna un écoulement énorme de liquide céphalo-rachidien pendant plusieurs jours. Le malade détériorait sans cesse son pansement pour glisser sa main jusque sur la plaie. Il eut une désunion des lèvres de la cicatrice, mais heureusement la plaie peri-médullaire était déjà fermée.

Deux résultats étaient tout à fait manifestes. Anesthésie complète de la région autrefois hyperesthésiée, c'est-à-dire toute la zone cubitale et la partie antibrachiale du brachial cutané interne et disparition des crises.

Le sujet se plaignait de l'insensibilité persistante d'une partie de la main et de l'avant-bras et disait que cela l'empêchait absolument de

s'en servir. Toutefois il dormait, il mangeait et son aspect général était tout à fait changé.

Mais très morphinomane et très alcoolique, il ne voulait se soumettre à aucune des prescriptions qui pouvaient le conduire à diminuer ces conditions.

Il quitta le service à plusieurs reprises et les douleurs reparurent peut-être moins intenses cependant, mais très excité, très intoxiqué par l'abus de l'alcool et de la morphine, il se suicida peu de temps après.

Dans cette dernière observation encore, en l'absence d'examens électriques et anatomiques, il est difficile chez ce malade, très morphinomane et très alcoolique, de préjuger de l'état histologique des racines et de la moelle. Mais il est un enseignement à tirer de ce fait clinique. Comme dans la troisième observation, après la résection radiculaire, le soulagement n'a été que momentané. Les douleurs reparurent comme si tous les neurones des ganglions rachidiens avoisinants eussent été ébranlés, témoignant ainsi de l'inefficacité d'une résection partielle.

TROISIÈME GROUPE

Névrites ascendantes disto-centrales à étape terminale médullaire ?

Ce groupe serait formé par les syringomyélies consécutives à des traumatismes locaux éloignés des centres nerveux à des plaies siégeant au niveau des mains ou des doigts.

Je me suis suffisamment expliqué sur de tels cas. Il ne faut pas consigner ces faits au nombre des observations de névrite ascendante vraie ayant abouti à une phase ultime de gliose médullaire.

On trouvera dans la thèse de M. Guillain, sur la syringomyélie (Th. Paris 1902), des documents du plus haut intérêt se rapportant à ce sujet (page 117).

QUATRIÈME GROUPE

Les traumato-névroses ascendantes.

Ce n'est plus ici la *lésion* qui va remonter vers les centres, ce sont les *symptômes* seuls. M. R. Bernard a publié à ce sujet une observation intéressante sous le nom de :

« Névrite ascendante et hystérie (1) » et qu'il a résumée ainsi : « Brûlure du pied gauche. — Troubles trophiques et ankylose incomplète du pied. — Atrophie musculaire et paralysie de la jambe et de la cuisse. — Anesthésie dépassant la racine du membre. — Conservation des réflexes tendineux. — Absence de stigmates hystériques.

Malheureusement, le signe capital du syndrome ascendant fait défaut chez ce malade : la douleur. L'anesthésie, les troubles moteurs y sont notés suivant le type ascendant, « mais jamais depuis l'accident B. n'a éprouvé de douleurs. » La névrose pourrait donc dissocier le syndrome en type sensitif douloureux, et type sensitivo-moteur indolore ? ce que ne saurait faire la lésion névritique organique.

Dans l'observation suivante que j'ai eu l'occasion de recueillir dans le service de M. Brissaud, la douleur est au premier plan.

Obs. II (inédite).

5 mai 1905. — Jeune fille de 20 ans se pique au pouce de la main droite avec l'arête d'un poisson. Un léger œdème douloureux revient le lendemain et le surlendemain. L'avant-bras et le bras donnent à la malade une sensation de lourdeur. Elle ne travaille que difficilement à son métier de cuisinière. Tout symptôme local a disparu trois à quatre jours après la piqûre ; les téguments sont normaux ; pas d'adénite du coude ni de l'aisselle. Néanmoins les symptômes douloureux (20 mai) persistent, s'irradiant en bandes remontantes, du pouce sur l'épaule. On constate tantôt une hyperesthésie nette à type segmentaire (main, moitié inférieure de l'avant-bras), tantôt ces mêmes segments sont le siège d'une hyperesthésie marquée. Plaques d'hyperesthésie au niveau des membres inférieurs.

(1) R. Bernard, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 19 mars 1899, p. 267.

Paresse pour les divers mouvements de pronation, de supination de l'avant-bras, de flexion, d'extension des doigts.

Pas de troubles des réflexes tendineux, ni des réactions électriques.

Pas de modifications trophiques.

Du 20 au 30 mai, les douleurs augmentent d'intensité ; l'irradiation par crise est très nette. La jeune malade rentre dans le service. Nous la traitons par les courants électriques continus, par les bains locaux tièdes, par de l'aspirine. Après quelques jours de soins inefficaces, nous sommes surpris de voir une ascension marquée et insolite de température, en même temps que des traînées rougeâtres se montraient sur le tégument du bras intéressé. Or, il s'agissait d'érythème *provoqué* intentionnellement par le malade au moyen de térébenthine ou de sublimé ; et d'élévation *thermique* artificielle, par secousses imprimées au thermomètre.

C'était là la signature de l'état névrosé et mental de cette jeune malade. Ce psychisme spécial ajouté aux signes d'anesthésie à topographie hystérique permettaient de maintenir le diagnostic de traumatonévrose ascendante.

X. est actuellement en état parfait de guérison.

DEUXIÈME PARTIE

EXPÉRIMENTATION

(*En collaboration avec* M. Bauer).

CONDUCTIBILITÉS NERVEUSES ET NÉVRITES ASCENDANTES EXPÉRIMENTALES

I. — Conductibilités nerveuses spécifiques.

A. **Nervo-conductibilité toxique.**
- a) *Tétanos.*
- b) *Diphtérie.*

B. **Nervo-conductibilité microbienne.**
- a) *Rage.*

II. — Névrites ascendantes expérimentales.

A. **Historique.**

B. **Expérimentation**
- a) *Particules indifférentes.*
- b) *Microbes.*
- c) *Toxines.*

INTRODUCTION

Il nous a paru nécessaire, et nous l'avons montré dans la première partie de ce rapport, de séparer le syndrome de névrite ascendante, tel que nous l'avons isolé en clinique, d'un autre groupe de faits que nous proposons de ranger sous le terme de « *conductibilité nerveuse* »

Deux maladies, jusqu'ici considérées comme les types les plus démonstratifs de névrites ascendantes, le tétanos et la rage, ne sont en réalité que des toxi-infections présentant une affinité particulière pour le système nerveux périphérique et central. C'est bien le long des cordons nerveux que va remonter le poison ou le virus, mais cette ascension se fait en vertu d'une propriété *spécifique*.

Aussi les différences cliniques et anatomo-pathologiques, entre ces processus spécifiques de conductibilité et ceux de la névrite ascendante par infection banale localisée, apparaissent-elles bien nettes.

Ici, c'est le symptôme douleur qui prédomine, là, au contraire, toxine tétanique et virus rabique cheminent ascensionnellement sans provoquer de phénomènes douloureux.

Ici encore, c'est la réaction du tissu conjonctif, la sclérose hypertrophique du nerf qui est au premier plan des réactions anatomiques — là, au contraire, il s'agit le plus souvent de dégénérations myéliniques, d'altérations *cyclindraxiles*, processus qui, après guérison de la toxi-infection tétanique ou rabique, ne laissent après eux aucun reliquat, ne sont le point de départ d'aucune évolution anatomique chronique.

C'est à l'expérimentation que nous devons d'avoir pu ainsi suivre pas à pas ces « conductibilités nerveuses » dans leurs différentes étapes ascensionnelles. Grâce à elle, l'investigation scientifique a été poussée presque à ses extrêmes limites. Comme nous

allons le voir dans les chapitres suivants, l'étude expérimentale de la rage et de la toxine tétanique en fait foi.

Mais quand on s'est adressé à la méthode expérimentale pour essayer de reproduire, chez l'animal, la névrite ascendante évolutive, telle que la clinique nous la révèle chez l'homme, les résultats se sont montrés moins probants.

Cependant, tels qu'ils sont, nous avons pensé qu'il était utile de les relater. Ils permettent d'apprécier les réactions défensives des nerfs vis-à-vis des particules indifférentes, des microbes, ou des toxines injectés à leur intérieur; ils jettent un certain jour pathogénique au moins sur la première étape de la névrite ascendante; ils montrent surtout qu'une toxi-infection créée expérimentalement à la périphérie nerveuse, ne saurait remonter librement, sans entraves sérieuses, au loin, le long du nerf, jusqu'au ganglion rachidien, et à plus forte raison jusqu'à la moelle.

LES CONDUCTIBILITÉS NERVEUSES SPÉCIFIQUES

NERVO-CONDUCTIBILITÉS TOXIQUES.

NERVO-CONDUCTIBILITÉS MICROBIENNES.

I

Nervo-conductibilités toxiques.

A. — *Toxine tétanique.*

L'affinité de la tétanine (toxine tétanique) pour la substance nerveuse, en général, constitue une des propriétés les plus remarquables de cette diastase. Ce caractère n'est pas seulement d'une haute portée doctrinale pour la conception pathogénique de l'intoxication tétanique ; il fournit encore un exemple typique de la nervo-conductibilité toxique, sans lésions névritiques, au sens anatomo-pathologique du mot.

Depuis les expériences célèbres de Wassermann et de Takaki [1] démontrant que la toxine tétanique mélangée dans de certaines proportions « in vitro » à de la substance nerveuse est annihilée, et perd tout pouvoir toxique, les études sur ce sujet se sont multipliées. MM. A. Marie et V. Morax [2] ont étudié en différents mémoires comment cette tétanine se fixait sur le système nerveux, comment se faisait son absorption, son cheminement de la périphérie vers les centres spino-cérébraux, le long des troncs nerveux et leurs expériences remarquables jettent un jour tout nouveau sur le mécanisme pathogénique de cette ascension névro-toxique.

(1) WASSERMANN et TAKAKI, *Sur les propriétés antitoxiques pour le tétanos, du système nerveux central normal.* Berlin. Klin. Wochenschrift, 1898, n° 5.

(2) A. MARIE et V. MORAX. Annales de l'Institut Pasteur, 1897, 98 et 99.

Car c'est bien d'ascension névro-toxique cylindraxile [1] qu'il s'agit et non d'acheminement vers les centres par l'intermédiaire de voies lymphatiques ou de voies sanguines. L'expérience de Wassermann et Takaki en est une preuve convaincante. Si dans le mortier qui réunit substance nerveuse et toxine tétanique, celle-ci est neutralisée par celle-là, si au contraire, dans cette autre capsule qui met en présence tissu conjonctivo-lymphatique et toxine tétanique, cette dernière reste libre, il est de toute évidence que la « combinaison » se fait directement avec le parenchyme nerveux.

Exemple : Injectons (Expériences de Meyer [2], de Marie et Morax) dans la patte d'un cobaye, dix doses mortelles de toxine. Après 24 heures, lorsque l'animal est en plein tétanos, on prélève d'une part une partie du sciatique correspondant à 6 à 8 centim. du lieu de l'injection sous-cutanée, et d'autre part en ce même point (à 6 à 8 centim. du lieu de l'injection) les tissus conjunctivo-lymphatiques péri-tronculaires. *La souris, inoculée avec le sciatique contracte le tétanos; celle inoculée avec les tissus conjonctivo-lymphatiques reste indemne.*

Autre exemple (Marie et Morax). On peut encore démontrer indirectement qu'il se produit une fixation de la toxine sur la substance cylindraxile du nerf périphérique (Marie et Morax). Il suffit pour cela de provoquer la dégénérescence du cylindraxe par la section du tronc nerveux au voisinage de son origine rachidienne. Réalisons cette section chez trois lapins, puis attendons 2, 6, 15 jours, avant d'injecter dans les *deux pattes dix doses* mortelles de toxine. Reséquons ensuite les sciatiques après 24 heures; l'inoculation du sciatique normal servira de témoin à l'inoculation du sciatique sectionné. Or il résulte de ces expériences que le nerf séparé de son centre médullaire depuis six jours ne fixe plus la tétanine, et nous savons que c'est le 3e jour après la section que se produisent la dégénération et le morcellement des cylindraxes du nerf sectionné. *Il existe donc réellement une affinité spécifique de la tétanine pour le cylindraxe des troncs nerveux périphériques.*

(1) Par ce terme de cylindraxe, nous comprenons à la fois la fibrille nerveuse et la myéline environnante.

(2) Hans Meyer, *Tetanum Studien*, Braun-Schweig, 1901, p. 295.

Troisième expérience, remarquable au point de vue de la vitesse du cheminement de la toxine (Marie et Morax).

Si l'on compare l'affinité si grande de la tétanine pour la substance des corps cellulaires des neurones avec l'attraction élective mais fugace de cette toxine pour les expansions périphériques, on se trouve conduit à admettre l'existence de phénomènes de déplacement de la tétanine dans la substance cylindraxile : « ces phénomènes donnent l'impression d'une véritable circulation de la toxine dont le courant serait toujours cellulipète, se produisant par conséquent de la substance douée de l'affinité la plus faible vers celle qui possède l'affinité la plus forte.

Nous avons vu, disent MM. Marie et Morax, qu'une heure après l'inoculation de la tétatine dans les muscles de la patte du cobaye, le nerf sciatique se trouve déjà imprégné de toxine. Nous savons d'autre part qu'en sectionnant le sciatique au creux poplité, on empêche la pénétration de la tétanine dans le bout central du nerf. Pratiquons maintenant la section du sciatique au creux poplité non pas avant, mais deux heures ou 24 heures après l'inoculation de la toxine, c'est-à-dire à un moment où nous savons que le nerf est chargé de cette substance. Notre section aura pour but de supprimer l'arrivée de nouvelles quantités de toxine. S'il existe réellement un déplacement cellulipète de celle-ci, le bout central demeuré en connexion avec le centre médullaire devra se dépouiller peu à peu de la toxine qu'il contenait, et c'est ce que les expériences vérifient pleinement.

Le nerf se dépouille de la presque totalité de la toxine qu'il contenait deux heures après le moment où le courant d'arrivée a été interrompu.

Quatrième expérience. Le déplacement de la toxine dans le neurone périphérique est exclusivement cellulipète. Le courant tétanique n'est pas descendant. Ainsi, si l'on injecte de la tétanine dans le renflement lombaire de la moelle d'un cobaye, l'animal meurt en moins de vingt-quatre heures, avec des symptômes tétaniques généralisés. Les fragments de moelle lombaire et dorsale sont tétanigères. Les fragments de nerf sciatique, de brachial, sont sans action. Donc, la tétanine ne diffuse pas dans le cylindraxe périphérique après son injection au niveau du centre cellulaire.

Tout filet nerveux absorbe la tétanine en circulation dans les

humeurs et la transporte de ses terminaisons périphériques jusqu'au centre médullaire. J. Courmont et Doyon [1] avaient déjà dit : « Le poison tétanique n'est pas un poison musculaire, il s'adresse exclusivement au tissu nerveux », et de leurs expériences sur la section des racines sensitives chez les animaux tétanisés, MM. Courmont et Doyon ont pu conclure que la tétanine empruntait surtout comme voie de conduction la voie sensitive.

De ces faits expérimentaux, tous concordant entre eux, il ressort indubitablement que le cheminement de la tétanine vers les centres nerveux ne se propage pas, grâce à un courant lymphatique tronculo-médullaire, mais par le fait de l'imprégnation progressive du cylindr'axe [2].

C'est donc avec raison que nous pouvons dire qu'il ne s'agit pas de névrite ascendante, mais de toxi-conductibilité.

Le processus de névrite ascendante, tel que nous l'avons défini, suppose en outre une lésion interstitielle, une réaction du tissu conjonctif du tronc nerveux, qui s'accompagne fatalement de modifications plus ou moins accusées de l'élément noble du cylindr'axe et de sa gaine de myéline.

(1) J. Courmont et Doyon, *Le tétanos*. Actualités médicales, p. 59.

(2) « On pourrait objecter à l'exclusivisme de cette théorie périphérique, le fait que le trismus débute primitivement chez l'homme, alors que la lésion tétanifère est très souvent éloignée des régions faciales. Pourquoi le chaînon médullaire intermédiaire interposé entre la nervo-périphérie et le bulbe reste-t-il durant un certain temps indemne de toute réaction apparente?

Sans invoquer, — ce qui, du reste, est chose possible, — *le transport d'une partie de la toxine dans le plasma circulant*, et son absorption directe par les cellules bulbaires plus sensibles à son action que les cellules médullaires, on peut encore supposer que *la totalité de la toxine drainée par les nerfs périphériques* progressivement à travers l'axe nerveux cérébro-spinal n'impressionnerait, *en premier lieu*, que les cellules bulbaires, d'une affinité élective tout à fait spéciale. (Il serait intéressant de démontrer expérimentalement l'affinité tétanique bulbaire, comparativement à l'affinité tétanique médullaire.)

Dans un autre ordre d'idées, je tiens à signaler que le liquide céphalo-rachidien, aussi bien chez l'homme que chez l'animal tétanique, ne contient aucune trace de toxine. Les faits que j'ai rapportés (Sicard, Soc. de Biologie, 12 nov. 1898), ainsi que ceux confirmatifs de Netter, Milian, Legros, Detot et Grenet, etc., sont démonstratifs à cet égard. Cette stérilité du liquide céphalo-rachidien, au cours de l'intoxication tétanique, est intéressante à constater. » Sicard, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 9 oct. 1903).

Or, au cours de l'évolution tétanique, rien ne nous autorise à dire qu'un tel processus existe.

La clinique nous montre que les sujets guéris d'accidents tétaniques graves, à la suite de plaies des mains, par exemple, *ne conservent aucun reliquat local de toxi-infection.* Jusqu'alors, aucun fait de névrite ascendante consécutive n'a été signalé dans ces conditions.

L'anatomie pathologique nous fait voir le peu d'importance des lésions des nerfs périphériques, même de ceux tributaires de la plaie tétanifère. Le baron Larrey (1), Lepelletier (2), Froriep (3), ont décrit, il est vrai, un certain degré d'inflammation du *névrilemne* (c'est-à-dire inflammation para-tronculaire), partant du lieu de la blessure pour remonter vers la moelle.

Mais Ranvier (4), Joffroy (5), Arloing et Tripier (6), ne signalent aucune lésion des nerfs périphériques, ou seulement quelques lésions légères et avoisinantes de la région traumatisée.

Achard (7) étudie les nerfs périphériques dans quatre cas de tétanos et notamment les troncs nerveux tributaires de la plaie. Il trouve dans deux cas quelques lésions de désintégration myélinique, mais sans inflammation du tissu conjonctif, sans névrite interstitielle. Il rejette l'opinion d'une névrite ascendante et considère, comme étant d'origine centrale, ces lésions *légères* de dégénérescence *inconstante* des nerfs périphériques.

Dans ces dernières années, depuis l'avènement de la méthode de Nissl, c'est surtout à l'examen du système nerveux central que les auteurs se sont adressés, et si dans les débuts (Marinesco) on avait cru rencontrer les lésions quasi-spécifiques de l'intoxication tétanique, MM. Courmont et Doyon (8) ont résumé ce débat anatomo-pathologique en démontrant que ces lésions réelles étaient toujours banales, dépourvues de toute spécificité.

(1) Larrey, *Mémoires de chir. militaire*, Paris 1812.
(2) Lepelletier, *Revue Médicale*, 1827.
(3) Froriep, *Neue Notizen aus d geb des nat.*, 1837.
(4) Ranvier, *In th. agreg. Duj. Beaumetz*, 1872
(5) Joffroy, *Soc. de Biologie*, 1870.
(6) Arloing et Tripier, *Pathogénie du tétanos* (*Archiv. de phy.*, 1870)
(7) Achard, *Archives de méd. expérim* , 1892
(8) Courmont et Doyon, *Tétanos, Actualités Médicales.* Paris, Baillière.

Tout récemment, au point de vue expérimental, Odier ([1]) a repris ces études anatomo-pathologiques chez le cobaye et a constaté que, sous l'influence de doses variables de toxine, on pouvait produire des lésions plus ou moins appréciables des extrémités nerveuses périphériques et des cylindraxes des troncs nerveux, lésions parenchymateuses et non interstitielles.

La théorie de la névrite ascendante pour expliquer le mécanisme pathogénique de l'ascension du virus tétanique a vécu. Il s'agit d'une affinité spéciale de la toxine pour le cylindraxe ([2]), *il s'agit bien de nervo-conductibilité toxique.*

Comme sanction thérapeutique à cette discussion pathogénique, l'un de nous ([3]) avait pensé qu'il serait peut-être possible d'utiliser la connaissance de ces faits expérimentaux, en injectant le sérum antitétanique chez l'homme, non plus en un point quelconque du tissu sous-cutané, mais au niveau même de la plaie (injections circonscrivantes) et en remontant le long des troncs nerveux périphériques (injections para-nerveuses périphériques).

MM. Apert et Lhermitte ([4]) se sont servis, dans le même sens, de la voie épidurale.

M. Küster ([5]) (de Strasbourg), tout en rappelant ces recherches, est allé plus loin dans cette voie thérapeutique, et c'est après incision cutanée, qu'il a injecté dans l'intérieur des troncs nerveux, l'antitoxine tétanique.

B. — *Diphtérie.*

Ce sont les mêmes conclusions que nous pouvons formuler à propos des expériences très intéressantes de M. Babonneix ([6]), sur l'injection de toxine diphtérique dans les nerfs périphériques de lapin.

(1) Odier (de Genève), *Lésions produites par la toxine tétanique* (*Archives de méd. expérimentale*, n° 4, 1904).

(2) Voir aussi Tiberti, *Les Fibres nerveuses comme voies de conduction de la toxine tétanique vers les centres* (*Centralblatt f. Bacteriol.* Helft 3, 4, 5, 6, 1905).

(3) Sicard, *Les Injections antitétaniques para-nerveuses périphériques* (*Soc. Méd. des Hôp.*, 9 oct. 1903).

(4) Apert et Lhermitte, *Soc. Méd. des Hôp.*, 1904, p. 482.

(5) Congrès allemand de Chirurgie, 29 avril 1905, Bélin (Discussion Küster, König, Hertle, Kocher, etc.

(6) Babonneix, *Paralysies diphtériques.*, Th. Paris 1903.

Il s'agit ici encore d'imprégnation directe du système nerveux par la toxine diphtérique. Les lésions histologiques sont d'ordre presque exclusivement dégénératif et M. Babonneix, très judicieusement, ajoute dans sa thèse, p. 198, ces lignes : « Il nous semble difficile d'affirmer dans nos cas, l'existence d'une névrite ascendante. »

Nervo-conductibilités microbiennes.

A. — *Rage.*

La toxi-infection rabique est un bel exemple de nervo-conductibilité microbienne. L'agent pathogène de la rage a une affinité toute spéciale pour le système nerveux. C'est bien le microbe rabique qui remonte le long des troncs nerveux jusqu'aux centres, puisque ces centres (bulbe) sont inoculables en séries. Le microbe rabique appartient à la catégorie des « microbes dits invisibles ». Il prend place à côté de celui de la fièvre aphteuse, de la péripneumonie, de la peste bovine, de la fièvre jaune. Il passe en effet à travers les filtres de la bougie Berkefeld V.

Le temps de cheminement. — La durée d'incubation de la rage est d'environ 30 à 40 jours, temps nécessaire, en général, au virus pour cheminer de la périphérie nerveuse au centre. Mais le virus rabique pourrait, d'après Remlinger (1), — et c'est là une notion nouvelle — séjourner dans le cerveau un temps plus ou moins long avant l'éclosion des symptômes apparents. Chez les lapins, inoculés avec le virus fixe, les centres nerveux peuvent être virulents, dix ou douze jours avant la manifestation des signes rabiques, à une période donc très précoce, période considérée comme étape d'incubation, et qui est pourtant bien déjà une étape d'infection (Remlinger).

Imprégnation nerveuse. — En suivant les recherches publiées dans les Annales de l'Institut Pasteur de 1881 à nos jours, et surtout les beaux travaux de Roux, on se rend bien compte de cette

(1) Remlinger, *A quel moment le cerveau des hommes et des animaux mordus par un chien enragé devient-il virulent ?* (Société de Biol., 10 juin 1905).

imprégnation remarquable du système nerveux par le virus rabique.

« Tout le système nerveux de la périphérie au centre est susceptible de cultiver le virus rabique » (Pasteur 1884). L'inoculation expérimentale n'est jamais suivie d'insuccès quand elle a lieu sous la dure-mère ou à l'intérieur des nerfs périphériques (Di Vestea et Zagari). Roux (1888), étudiant la marche de l'infection rabique par cette voie périphérique, montra, par l'inoculation à des animaux de fragments de nerfs périphériques prélevés chez des sujets rabiques, que le nerf du côté malade peut être virulent alors que celui du côté opposé ne l'est pas. Bien plus, dans un cas de morsure du petit doigt chez un enfant, le virus rabique fut retrouvé dans le nerf cubital, alors que les nerf radial et médian du même côté en étaient dépourvus.

A la période ultime de la maladie, tous les filets nerveux inoculés méthodiquement aux animaux peuvent déterminer des phénomènes rabiques et Pasteur avait montré la virulence du ganglion plexiforme et du nerf pneumogastrique.

En étudiant après inoculation rabique périphérique aux pattes d'un animal, la virulence comparative de la moelle et du bulbe, Roux put montrer que la moelle pouvait devenir rabique alors que le bulbe ne l'était pas encore. Cette région bulbaire acquiert cependant rapidement, devançant les autres, des propriétés de grande virulence. C'est la région de choix qui sert dans la pratique courante aux inoculations de contrôle diagnostique.

Pour certains expérimentateurs, les lymphatiques de la région inoculée paraissaient être les conducteurs de l'infection, mais Vestea et Zachari (*Ann. Inst. Past.*, 1887) montrèrent que l'opération était d'autant plus sûre et l'incubation d'autant moins longue que l'inoculation restait mieux localisée dans le système nerveux (1). L'inoculation dans la gaine externe des nerfs était souvent suivie d'insuccès.

(1) M. Lesieur a étudié le liquide céphalo-rachidien durant la vie de deux sujets rabiques. Comme nous l'avions constaté déjà pour le liquide des tétaniques, celui des rabiques s'est montré également dépourvu de virulence et d'éléments cellulaires. *Lyon Médical*, p. 1019, 1904.

Lésions anatomiques. Parfois, en clinique, il est possible de constater, à certains signes, les indices du passage du virus rabique le long des nerfs périphériques : fourmillements, engourdissements, paresthésies diverses. Jamais cependant les douleurs ne sont intenses; souvent même, aucun trouble ne laisse supposer, durant la période d'incubation, cette montée silencieuse du microbe rabique.

Les lésions des nerfs périphériques sont parfois assez nettes ; on a signalé de l'hyperhémie, et un certain degré d'épaisissement, de la fragmentation de la myéline, de l'hypertrophie du cylindraxe qui peut disparaître par places. Il est remarquable de voir cependant ces altérations guérir facilement, à la suite des vaccinations, et la « *restitutio ad integrum* » se produire sans laisser à sa suite ni « névrite ascendante clinique » ni reliquats nerveux d'aucune sorte.

Nous n'insisterons pas sur la lésion de Van Gehuchten et Nelis, trouvée, par ces auteurs, au niveau des ganglions rachidiens. La disparition des cellules nerveuses au sein des ganglions cerebro-spinaux ou sympathiques et leur remplacement par des cellules rondes, n'apparaît plus maintenant comme pathognomonique des lésions rabiques. Certains auteurs considèrent même ce signe histologique comme très inconstant (Gœbel [1] etc). Quant aux inclusions protoplasmiques parasitaires spéciales décrites par Negri, Guarniéri, Daddi, Bosc, etc, dans les cellules pyramidales de la corne d'Ammon et les cellules de Purkinge du cervelet, il faut avouer que jusqu'à présent rien n'est venu confirmer l'existence de ce parasite. Contre l'hypothèse parasitaire des corpuscules de Négri, il suffit de faire remarquer l'absence de corrélation entre leur distribution et celle du virus rabique. C'est dans le bulbe et la protubérance qu'existe la plus grande quantité de virus. « Or, à ce niveau, les parasites de Negri sont absents pour la majorité des auteurs, extrêmement rares pour les autres » (Remlinger).

(1) Gœbel, Des lésions des ganglions nerveux. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1902

B. — *Lèpre.*

Certains auteurs placent la lèpre, dans sa forme nerveuse, au nombre des névrites ascendantes. Rien n'est moins prouvé. En tous cas, l'ascension périphérique du bacille de Hansen reste limitée, et ne gagne pas la moelle : exemple de plus, et exemple typique, en faveur de l'extrême rareté de la propagation microbienne médullaire, en général. M. Jeanselme (1), qui a fait des lésions névritiques au cours de la lèpre une étude approfondie, dit expressément : « *L'intensité des lésions périphériques n'est pas graduellement décroissante de la périphérie vers le centre, parce que de nombreux foyers lépreux s'échelonnent sur le trajet du nerf* » « et plus loin : *Les lésions des racines spinales sont des plus minimes, comparées à celles des nerfs périphériques.* » Plus loin encore : « *Les ganglions spinaux postérieurs n'offrent aucune modification macroscopique* (Jeanselme). »

Si quelques auteurs ont trouvé des bacilles dans les ganglions rachidiens, et même dans la moelle, *les recherches de M. Jeanselme à ce sujet sont restées entièrement négatives.* Colella et Stangiale ont bien constaté à l'autopsie d'un cas de lèpre mixte un foyer de myélite localisée prédominant sur le faisceau sensitif avec lésion des racines postérieures. Les auteurs considèrent l'altération médullaire comme le résultat d'une névrite lépreuse ascendante. Mais, ajoute M. Jeanselme, il s'agit d'un fait complexe, et partant peu démonstratif, dans lequel la mort avait été causée par une infection aiguë intercurrente. (Jeanselme, *loc. cit.*, p. 380.)

(1) Jeanselme, *Les lésions lépreuses* (*La Presse médicale*, décembre 1900).

NÉVRITES ASCENDANTES EXPÉRIMENTALES

Historique.

C'est de 1866 que datent les premières recherches expérimentales sur l'infection des nerfs.

Tiesler, élève de Leyden, appliqua sur des sciatiques de lapin (1) et de chiens des irritants capables de provoquer l'inflammation. Dans une de ces expériences, le lapin devint paraplégique et mourut. A l'autopsie, on trouva, au point d'infection du nerf sciatique un foyer inflammatoire purulent et un autre dans le canal vertébral au point d'émergence des racines du nerf sciatique. « La moelle était ramollie à ce niveau et renfermait des globules purulents, *mais les parties du nerf comprises entre les deux foyers purulents étaient saines.* »

D'autre part, M. Frinberg (2) a rapporté aussi des expériences dans lesquelles la cautérisation d'un des nerfs sciatiques, faite avec de la potasse caustique, avait déterminé un ramollissement de la moelle lombaire. M. Frinberg ajoute que, dans ce cas, il n'y avait ni altération de la partie centrale du nerf sciatique, ni inflammation remontant vers le canal vertébral.

Vulpian, en 1873, fait des expériences chez le lapin et le cobaye. Il cautérise les sciatiques avec de la potasse, réalise des infections nerveuses localisées *et n'obtient jamais la propagation ascendante* (3), si bien qu'il peut écrire dans la préface du livre de Weir-Mitchell : « M. Weir-Mitchell a réussi une fois seulement, au

(1) Tiesler, *Ueber Neuritis.* Inaug. Dissert. Könisberg. 1866, p. 25 (Citation de M. Lancereaux, *De la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée,* Thèse d'agrégation, 1872, p. 115).

(2) Frinberg *Ueber Reflexlähmungen* (Berlin, klin. Wochensch., 1871, nos 41, 42, 44, 45. Anal. *in Centralblatt,* ... 1871, p. 810).

(3) Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso moteur,* 1875, t. II, p. 85 et préface du *Traité des lésions des nerfs,* de Weir-Mitchell (Trad. française, Dartre (1874), p. xi).

« milieu de nombreux essais infructueux, à produire, sur un lapin,
« une inflammation d'un nerf. Que d'expériences n'ai-je pas
« faites aussi dans cette direction ! j'ai étreint des nerfs dans des
« ligatures plus ou moins serrées ou contendus, ou cautérisés
« avec de l'ammoniaque, cantharide, ou transpercés, ou infectés...
« *sans obtenir jamais une véritable névrite suppuratrice au delà*
« *des points soumis à la violence expérimentale.* »

M. Hayem (1) montra en 1873 que chez *le lapin* l'arrachement du sciatique peut déterminer de la myélite ; en 1874, que dans les infections localisées du nerf sciatique, toujours chez le lapin, il avait dans un cas constaté de « la péri-méningite », et M. Hayem lui-même conclut à la rareté expérimentale du processus névritique vrai ascendant.

Rosenbach (2), en 1874, ne constate pas, après cautérisation ou infection des nerfs par des corps étrangers, les lésions de la névrite ascendante et de la méningo-myélite.

Homen (3), dans un travail très documenté, reprend ces expériences et injecte à l'intérieur même du nerf sciatique, chez des lapins, microbes ou toxines diverses, étudie les lésions du nerf sus-jacentes au point d'inoculation, et la répartition des microbes.

Guillain (4), en 1902, injecte dans le sciatique de chiens et de lapins vivants de l'encre de Chine, et constate la présence de ces granulations au-dessus du lieu de l'injection, mais leur ascension était limitée. M. Guillain ajoute cependant : « En injectant dans les nerfs du chlorure ferreux en solution aqueuse et en poussant en même temps dans la circulation générale du ferrocyanure de potassium, on peut voir un précipité de bleu de Turnbull se faire dans la partie supérieure du nerf, dans les racines, surtout dans les racines postérieures. Quand on injecte un liquide coloré dans l'espace subdural et sous-arachnoïdien du cerveau et de la moelle, le liquide pénètre dans les nerfs périphériques. »

(1) G. Hayem, *Des altérations de la moelle, consécutives à l'arrachement du nerf sciatique, chez le lapin* (Archives de physiologie, 1873, p. 504 et suiv. — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 20 janv. 1874). — Et comptes rendus de la Soc. de biologie, 1874, p. 157 (28 mars).

(2) Rosenbach, *Recherches expérimentales sur la névrite* (*Arch. für exp. Path.*, (877, p. 233).

(3) Homen. *Die Wirkung einiger Bacterien etc... in Arbeiten aus den Path. Inst* Helzinfors, p. 1, 1902.

(4) Guillain, Th. Paris, 1902, p. 146.

Ces expériences sont donc contradictoires, et ces contradictions, apparentes, paraissent dues aux conditions même dans lesquelles se sont placés les auteurs.

On pourrait les expliquer par :

Le choix de l'animal ;

La durée de survie de cet animal ;

Le lieu de l'injection (rapproché ou distant de la moelle) ;

La nature de cette injection (substances aseptiques, microbes, toxines ;

Sa direction ascendante ou descendante ;

La pression avec laquelle elle est poussée.

Nous ne retiendrons que deux de ces conditions. *Les tentatives d'injections très haut situées* aux approches même des ganglions rachidiens, *doivent être abandonnées*, elles risqueraient de rompre le sac sous-arachnoïdien et de disséminer directement l'infection à travers les méninges molles. *L'animal choisi doit être de taille et de résistance suffisantes.*

Ainsi pratiquées, les expériences suivantes, nombreuses, méthodiquement conduites avec des survies d'animaux de cinq et sept mois, nous permettent d'affirmer ce que nous avions déjà pressenti avec M. Cestan (1), que *jamais les particules aseptiques, ou les microbes, même ceux doués de grande virulence, injectés dans les nerfs périphériques, ne se retrouvent dans la moelle après avoir cheminé le long de ces nerfs.* Déjà, à cette époque, nous permettant de critiquer les expériences de Homen, nous disions :

« On a souvent objecté les expériences de Homen comme preuve décisive de l'infection microbienne névritique périphérique ascendante. Nous avons relu à ce sujet le travail de Homen. Cet auteur a expérimenté sur des lapins, et ses recherches lui ont donné des résultats positifs, c'est-à-dire constatation dans la moelle, des bactéries injectées dans le sciatique, soit le pneumocoque, et le coli-bacille ou typhique. Or, il ne faut pas oublier que le pneumocoque, chez le lapin, produit invariablement une infection sanguine généralisée, parfois aussi le coli-bacille et le bacille typhique. Homen nous montre, du reste, une figure dans laquelle

(1) Sicard et Cestan. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 24 juin 1904.

le pneumocoque se retrouve dans la corne antérieure de la moelle et le bacille typhique au niveau des méninges antérieures. Aucune des figures n'est, du reste, démonstrative, et, sur le grand nombre d'animaux injectés, Homen ne signale de résultats positifs que chez quelques-uns. Il est possible que dans certains cas, chez un animal d'aussi petite taille que le lapin, l'injection ait été poussée sous pression jusqu'au niveau du ganglion, et de là ait pénétré dans la cavité sous-arachnoïdienne. »

C'est chez le chien qu'il faudrait répéter les expériences d'Homen, le chien présentant un nerf de conjugaison suffisamment long, et bien divisé en racines antérieure et postérieure (Sicard et Cestan).

C'est dans ce sens que nous avons poursuivi nos recherches avec M. Bauer.

Expérimentation.

Toutes nos expériences ont été faites chez le chien, au niveau du nerf sciatique.

Les nerfs de conjugaison dépendant du nerf sciatique mesurent chez cet animal de un à deux centimètres de longueur environ, le ganglion rachidien qui leur fait suite est très nettement apparent.

Nos injections ont été poussées à l'intérieur même du tronc nerveux du sciatique, la plupart du temps, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne. Le jet de l'aiguille a été dirigé dans le sens ascendant. La pression de propulsion a été relativement forte. Les survies des animaux ont varié de quelques jours à sept mois.

Les substances injectées ont été : des particules aseptiques — (encre de Chine), des microbes — (charbon — bacille de Koch) des substances chimiques ou toxines — (térébenthine et tuberculine.

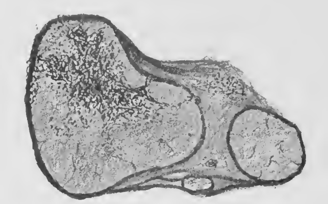
Les figures suivantes ont été réduites proportionnellement, et nous leur avons donné une apparence schématique.

PREMIER GROUPE. — (CHIENS.)

Injection de Substances aseptiques (Encre de Chine) dans le nerf sciatique.

I

L'injection d'un quart de cent. cube d'encre de Chine a été faite dans le sciatique, à 12 centimètres du ganglion rachidien, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne.



Encre de Chine (Fig. 1).

Coupe faite à trois centimètres au-dessus du lieu d'injection. Les particules sont encore à l'intérieur du nerf. Elles commencent leur migration vers la périphérie.



Encre de Chine (Fig. 2).

A quatre centimètres du lieu d'injection. Les particules continuent à s'échapper vers la périphérie.



Encre de Chine (Fig. 3).

Cinq centimètres du lieu de l'injection. Libération du nerf. Les parti cules se sont amassées dans les régions péri-nerveuses. On les retrouve plus haut, dans les ganglions lymphatiques tributaires de la région.

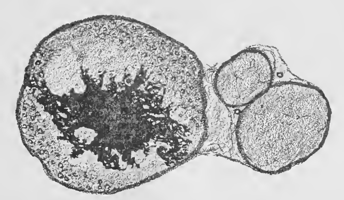
La survie de l'animal a été de deux mois. La patte n'a pas été paralysée. On peut retrouver encore, chez d'autres chiens, cinq mois après l'injection, des granulations noires restées *sur place* à l'intérieur du nerf.

Conclusions. — La propagation ascendante s'est produite sur un trajet très limité. Les lymphatiques du nerf, conformément à leur distribution topographique, ont chassé au dehors les particules noirâtres.

II

Injection d'une demi-goutte d'encre de Chine dans le 2e ganglion sacré.

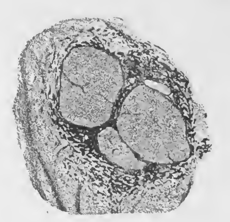
L'animal a été sacrifié le 8e jour.



Encre de Chine (Fig. 1).

Ganglion rachidien.

La gouttelette d'encre de Chine a été déposée au centre du ganglion rachidien.



Encre de Chine (Fig. 2).

Nerf de conjugaison tributaire du même ganglion rachidien.

On a pu suivre, par des coupes sériées, l'élimination progressive des granulations chassées du pôle interne des ganglions, et de la partie terminale du nerf de conjugaison. On les retrouve ici à un centimètre au-dessus de l'injection, enserrant le nerf de conjugaison, sans qu'aucune particule ne chemine à l'intérieur. La moelle, quoique très proche (un centimètre), est restée totalement indemne. Les granulations se perdent dans l'espace épiaural.

Conclusions. — Même déposées à l'intérieur des ganglions, ces particules aseptiques ne sauraient gagner la moelle. Cette expérience est vraiment concluante au point de vue de l'indépendance ascendante des lymphatiques ou des équivalents lymphatiques des ganglions rachidiens et de la moelle.

DEUXIÈME GROUPE. — (CHIENS.)

Injections microbiennes (charbon, tuberculose.)

Charbon. — Un quart de centim. cube d'une culture de charbon humain très virulent (Inst. Pasteur) a été inoculé dans le sciatique g. ischio-trochantérien. Dans cette culture bouillon de 48 heures, on avait émulsionné une culture jeune d'agar, immédiatement avant l'injection. L'animal a survécu cinq jours. Il a succombé à la

toxi-infection bactéridienne. La patte a été paralysée dès le lendemain de l'injection. Elle est restée telle jusqu'à la mort.



Charbon (Fig. 1).

Au niveau du lieu d'injection. Réaction hémorragique considérable. Foyers sanguins apoplectiformes. Diapédèse leucocytaire peri et endonévritique. Les bactéridies charbonneuses sont disséminées à l'intérieur du nerf, ou agglomérées par places, surtout prédominantes autour des vaisseaux sanguins.



Charbon (Fig. 2).

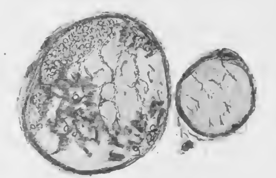
A dix centimètres au-dessous *du lieu d'injection. Grosse réaction hémorragique* para-nerveuse, *c'est-à-dire que le tissu cellulaire avoisinant. Les troncs nerveux eux-mêmes sont également le siège d'une dilatation vasculaire accusée. Tubes à myéline fragmentée. Pas de bactéridies charbonneuses.*



Charbon (Fig. 3).

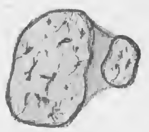
A huit centimètres au-dessus *du lieu d'injection.*

Les foyers hémorragiques sont moins compacts. La réaction paranerveuse est très nette. Les bactéridies charbonneuses ne sont plus à l'intérieur du nerf. On les retrouve au niveau de l'épinèvre des deux troncs nerveux et dans le tissu cellulaire avoisinant.



Charbon (Fig. 4).

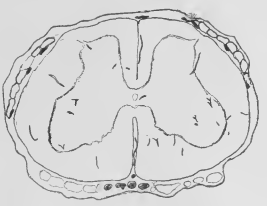
Ganglion rachidien 2e sacré, tributaire du nerf intéressé. On note à l'intérieur du ganglion de la congestion et des raptus hémorragiques. Réaction péri-ganglionnaire. Pas de bactéridies charbonneuses.



Charbon (Fig. 5).

Nerf de conjugaison tributaire du ganglion (fig. préc.).

Dilatations vasculaires disséminées aussi bien au niveau de la racine antérieure (à dr. de la figure) que de la racine postérieure (à g.).



Charbon (Fig. 6).

Congestion péri-médullaire sans méningite. Congestion vasculaire disséminée et symétrique, sans prédominance unilatérale.

Conclusions. — Au cours des toxi-infections névritiques suraiguës, avec mort rapide de l'animal, il est possible de noter des lésions accusées du nerf, bien au-dessus, et *également au-dessous* du point d'injection. Lésions *rayonnantes,* puisqu'elles sont aussi bien descendantes qu'ascendantes. Les congestions vasculaires sont du reste généralisées et les ganglions rachidiens du côté opposé (même ceux tributaires des régions dorsales) présentent une vascularisation active anormale.

Les conditions expérimentales sont ici différentes de celles réalisées en clinique. En tout cas, l'intoxication suraiguë est seule responsable des troubles congestifs sus-jacents. L'ascension microbienne est restée très limitée.

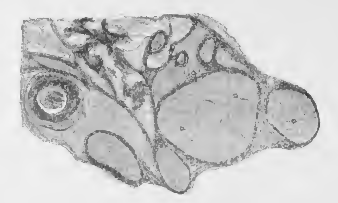
TROISIÈME GROUPE. — (CHIENS.)

I

Injections de toxiques et toxines.

Térébenthine. — La mise au contact du sciatique d'un demi-centimètre cube de térébenthine, entraîne une réaction para-nerveuse très intéressante à étudier. En sacrifiant l'animal, huit à dix jours après l'inoculation, on peut constater de l'œdème, de la congestion vasculaire, de la diapédèse, remontant haut le long du tronc nerveux, à 15 à 20 centimètres environ du point de départ. Le tissu conjonctivo-lymphatique entourant le nerf est

responsable de ces lésions. Cette inflammation ascendante para-nerveuse par propagation expérimentale, peut servir à l'interprétation pathogénique de certains cas cliniques de névrite ascendante à étape limitée.



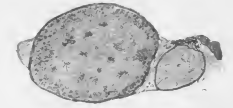
Térébenthine (Fig. 1).

N. sciatique. A dix centimètres au-dessous de l'attrition nerveuse par térébenthine. Réaction dans le tissu cellulaire avoisinant. Peu de réaction intra-nerveuse.



Térébenthine (Fig. 2).

N. sciatique. A 12 cent. au-dessus de la lésion primitive. Forte réaction para-nerveuse.



Térébenthine (Fig. 3).

Ganglion 2e sacré. Réaction net du tissu conjonctif entourant la racine antérieure.

Le nerf de conjugaison, la moelle apparaissent à l'état normal.

Conclusions. — La mise au contact du nerf sciatique, d'un toxique irritant comme la térébenthine, provoque des réactions notables du tissu conjonctivo-vasculaire enserrant le tronc nerveux, réactions qui peuvent se propager au loin dans le sens descendant et surtout ascendant.

II

Tuberculine (chiens).

L'injection intra-sciatique de tuberculine (un centigramme de bacilles morts (Institut Pasteur) émulsionnée dans un quart de centimètre cube d'eau salée, provoque une réaction intra et périnerveuse d'une très grande intensité. Les animaux n'ont survécu que quatre à huit semaines et sont morts profondément amaigris et cachectiques. La patte, siège de l'injection, s'est rapidement paralysée et est restée telle avec des troubles trophiques jusqu'à la mort.



Tuberculine (Fig. 1).

Au niveau de l'injection (région ischio-trochantérienne). On constate la présence d'un bloc de tissu lardacé, caséifié par places, enserrant les troncs nerveux, avec foyers de névrite hémorragique. Destruction par places des tubes nerveux. Amas volumineux de cellules géantes extra et paranerveuses. Au-dessous, désintégration myélinique de la plupart des tubes nerveux.



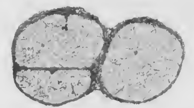
Tuberculine (Fig. 2).

A douze centimètres au-dessus. Grosse réaction para-nerveuse. Les tubes nerveux sont en grande partie respectés.



Tuberculine (Fig. 4).

Propagation ascendante de la réaction autour du ganglion et de la racine antérieure et non à leur intérieur.



Tuberculine (Fig. 5.)

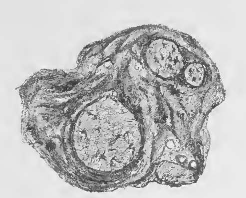
Nerf de conjugaison. Réaction du tissu conjonctif entourant le nerf de conjugaison.

Conclusions. — Dans les conditions précédentes, la tuberculine, injectée dans le nerf, a toujours déterminé la mort des animaux, en l'espace de quelques semaines. La réaction très intense est au

point d'inoculation intra et para-nerveuse. Elle se poursuit surtout à l'extérieur du nerf dans le tissu conjonctif ambiant, au niveau des régions sus-jacentes. Elle se propage jusqu'au ganglion rachidien et au nerf de conjugaison, non pas en suivant les voies intra-nerveuses mais les voies para-nerveuses. Les méninges médullaires et la moelle ne présentent aucune prédominance de lésion unilatérale.

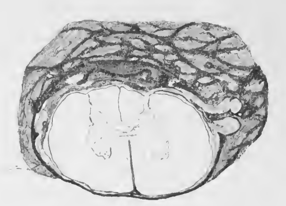
QUATRIÈME GROUPE. — (ÉPIDURITES.)

Nous venons de voir que les inflammations chroniques créées à une certaine distance de la moelle (20 centimètres environ) et d'une durée d'au moins quelques semaines ont surtout provoqué des réactions ascendantes para-nerveuses. Aux approches du ganglion rachidien, c'est-à-dire à quatre ou cinq centimètres de la moelle, de telles inflammations suivent également une marche ascendante, non pas à l'intérieur du nerf, du ganglion et de la moelle, mais se propagent au trou de conjugaison, et à l'espace épidural postérieur.



Épidurite (Fig. 1).

Nerf de conjugaison. Térébenthine injectée dans le nerf post-ganglionnaire, à deux centimètres en dehors du trou de conjugaison. Énorme réaction de néo-formation enserrant le nerf de conjugaison.



Épidurite (Fig. 2).

La réaction s'est propagée très intense au niveau du canal épidural et a envahi surtout les régions postérieures.

Conclusions. — Même aux approches de la moelle, la propagation inflammatoire ascendante, venant du nerf périphérique, évite l'envahissement directement médullaire, et s'étend d'abord aux régions péri-ganglionnaires, péri-conjuguées, et épidurales.

CONCLUSIONS

Conclusions cliniques. Il faut réserver le terme de « névrite ascendante » à la désignation d'un « *syndrome de région, survivant à une toxi-infection locale, syndrome à marche extenso-progressive lente et ascensionnelle de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité cependant de régression et de guérison. Le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé sont responsables, au point de départ, du processus névritique ascendant, dont le caractère clinique le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême, à crises paroxystiques.* »

Ainsi envisagé, le syndrome de « *la névrite ascendante régionale* » a bien une individualité clinique et anatomique sinon une étiologie spécifique.

Étiologiquement, le point de départ de ce syndrome *rare* est toujours marqué par une toxi-infection localisée, sévère ou même légère, d'origine le plus souvent traumatique, et à microbes banals.

Cliniquement, ce sont les douleurs à caractère ascensionnel et irradiant — l'hypertrophie des troncs nerveux, décelable à la palpation — les modifications radiographiques, légères à leur début, de transparence anormale du tissu osseux — qui s'affirment *comme signes primordiaux et relativement précoces*, tributaires de la région nerveuse intéressée. *Les signes secondaires et plus tardifs* doublant souvent les premiers, sont : les troubles, à disposition périphérique, de la sensibilité objective, de la motilité, des réflexes, de la trophicité et des réactions électriques.

Anatomiquement, la réaction interstitielle des branches ou des troncs nerveux, avec leur augmentation de volume et l'étouffement

secondaire des cylindraxes et de la myéline, font de cette névrite, un type histologique primitivement interstitiel et secondairement dégénératif.

Suivant les causes topographiques locales qui les ont engendrées, les névrites ascendantes régionales peuvent se diviser en deux groupes : *névrites ascendantes disto-centrales*, c'est-à-dire à point de départ éloigné des centres nerveux ; et *névrites ascendantes proximo-centrales*, c'est-à-dire à point de départ rapproché des centres nerveux. Le type de celles-là est la névrite ascendante consécutive à des blessures des mains ou des doigts ; le type de celles-ci est réalisé par certains cas de névrite irradiante du trijumeau d'origine infectieuse dentaire ou gingivale.

Au cours de l'évolution de ce syndrome, *l'étape d'ascension névritique périphérique limitée a seule été démontrée avec certitude*. Jusqu'ici, en effet, aucune observation anatomo-clinique ne nous permet d'affirmer que le processus névritique proprement dit, peut progresser d'une façon continue jusqu'aux centres nerveux, envahissant successivement le ganglion, la racine et la moelle. Les observations de syringomyélie, créée de toutes pièces par le processus de névrite ascendante à la suite de blessures périphériques, n'entraînent pas la conviction.

Il est cependant possible que dans certains cas, l'irritation périphérique détermine *des réactions non progressivement continues, mais à distance*, au niveau des ganglions et des centres nerveux.

Le *diagnostic* peut rester hésitant d'avec certaines formes de *traumato-névroses ascendantes*, et le *pronostic* doit toujours être réservé.

***

Conclusions expérimentales. — (En collaboration avec M. Bauer). L'expérimentation confirme la clinique. Chez le chien, animal de choix pour de telles expériences, il est facile de réaliser une névrite ascendante, *à topographie périphérique limitée ;* mais même poursuivie à longue échéance, l'expérimentation s'est

montrée incapable de reproduire le processus d'une névrite ascendante *propagée au loin.*

Il est vrai que dans certains cas d'infection névritique *suraiguë,* déterminée par l'inoculation intra-nerveuse de microbes très virulents, la réaction diapédétique et hémorragique s'est étendue le long du nerf vers la moelle ; mais il s'agit là d'infection massive et brutale, non seulement d'un tronc nerveux, mais de la totalité du membre intéressé, *infection ayant provoqué rapidement la mort de l'animal.*

Dans toutes nos autres expériences, même avec des survies d'animaux prolongées (six à sept mois), les processus névritiques réactionnels créés par l'inoculation de particules aseptiques, de microbes ou de toxines à l'intérieur du tronc nerveux, ont toujours évolué dans des limites ascendantes très restreintes, *sans jamais atteindre le parenchyme médullaire.*

L'expérimentation vient donc à l'appui des faits cliniques. Elle sait réaliser la première étape périphérique du processus ascensionnel que nous avons étudié chez nos malades. Elle est incapable de déterminer la seconde étape, restée très problématique chez l'homme, d'un processus radiculo-médullaire créé par la propagation ascendante d'une névrite régionale d'origine locale toxi-infectieuse.



Si bien que ce « Rapport », loin d'être un plaidoyer en faveur de l'infection facile des nerfs et de la propagation ascendante névritique toxi-infectieuse, tend à restreindre ces faits à leur très juste limite ; et met en lumière, au contraire, le rôle de protection des nerfs contre le microbisme exogène, et la puissance défensive des centres nerveux vis-à-vis de l'infection venue des nerfs périphériques.

BALNÉATION & HYDROTHÉRAPIE

DANS LE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

RAPPORT

PRÉSENTÉ

PAR M. LE DOCTEUR B. PAILHAS

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DU BON-SAUVEUR D'ALBI

AVANT-PROPOS

En 1874, M. Beni-Barde, croyant devoir légitimer l'apparition de son premier livre, disait : « Qu'on passe en revue les divers traités d'hydrothérapie, et l'on reculera devant cette multiplicité de procédés au milieu desquels le choix flotte incertain. Chaque méthode s'affirme à l'exclusion des autres, comme si toutes avaient droit à une supériorité respective, incontestable, en dépit des contradictions de l'expérience. »

Et M. Beni-Barde, avec sa vaste connaissance du sujet, pouvait se flatter de fournir quelques éléments nouveaux à l'étude qu'il avait magistralement abordée.

C'est avec de semblables dispositions, que j'aurais voulu prendre en main l'œuvre qui me fut assignée, au Congrès de Pau. Elle eût été plus fructueuse en même temps que plus aisée.

Ma prétention, hélas, ne peut être que bien plus modeste et pour cause.

La nature et l'étendue du sujet réclamaient une compétence que je n'ai point et une érudition que des conditions de milieu ne m'ont pas permis d'acquérir.

Très conscient des lacunes de mon travail, je le présente au XVe Congrès et à ceux qui me firent l'honneur de me le confier, comme un simple garant de ma bonne volonté.

BALNÉATION ET HYDROTHÉRAPIE

DANS LE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION HISTORIQUE

La balnéation dans les maladies mentales m'a paru devoir englober l'ensemble des procédés hydrothérapiques visant spécialement la folie. Elle n'est ni l'emploi unique de l'eau froide, auquel certains ont voulu restreindre l'hydrothérapie, ni celui de l'eau chaude ou tempérée, mais l'hydrothérapie dans son sens le plus compréhensif, c'est-à-dire l'usage médical externe de l'eau sous toutes les formes et à toutes les températures reconnues utiles.

Ainsi comprise, l'hydrothérapie ne remonte pas à 1826 et n'a pas été inventée par Priessnitz, comme le dit avec une exagération évidente Reverchon [1]. Fruit d'une longue série de suggestions empiriques et d'essais raisonnés, elle semble, au contraire, n'avoir d'autre âge que celui de la médecine elle-même; et les premiers hydropathes ont apparu avec les premières apparences d'une civilisation (Garnier et Cololian).

Il faut, toutefois, arriver aux écrits d'Hippocrate pour y saisir quelques traces d'applications de l'eau au traitement de la folie. Après lui, et jusqu'au VIIe siècle, les origines de la balnéothérapie psychiatrique ont pour principaux représentants Asclépiade

(1) REVERCHON, thèse du 13 décembre 1866. *De l'hydrothérapie appliquée au traitement des maladies mentales.*

Arétée, Celse, Cœlius Aurélianus, Alexandre de Tralles, Aétius, Galien, Paul d'Égine.

Au moyen âge, dont notre ignorance historique semble avoir singulièrement exagéré « la ténébreuse obscurité », la balnéation, maintenue comme une pratique d'hygiène, imposée même à titre de rite ou d'obligation (1) aux adeptes des religions chrétiennes ou musulmanes, subit peu à peu le sort de la plupart des médications conservées des Grecs et des Romains : Rhazès, Averroès, Avicenne mentionnèrent les procédés rapportés par Galien; mais il est difficile de savoir dans quelle mesure et comment ils furent par eux appliqués.

Au xvᵉ siècle seulement, l'on voit l'hydrothérapie reprendre faveur auprès des médecins; et à cette restauration aussi ingrate que tardive contribuent d'abord — avec les affusions et douches froides — les médecins italiens Savonarole, Mengo Bianchelli, Barzizi, etc.

Au siècle suivant, les succès de l'eau s'affirment avec Mercurialis et Septala ; et de l'Italie, foyer de la Renaissance, ils vont en se propageant dans toute l'Europe où, tour à tour, et jusqu'au xixᵉ siècle, la méthode hydriatique va compter, parmi ses plus remarquables panégyristes, Jean Floyer, Frédéric Hoffmann, les Hahn, Baglivi, Giannini et surtout James Curie.

Malgré son ampleur, ce mouvement de vogue ne devait guère profiter à la cure des maladies mentales, car celles-ci, dissimulées sous des conceptions déviées et grossières, étaient généralement méconnues.

Seule, ou peu s'en faut, la pratique du bain de surprise avait pu correspondre aux idées du temps et s'insinuer, avec Robertson et Van Helmont, dans le domaine d'une thérapeutique psychiatrique fondée sur les violentes commotions des centres de l'émotivité.

Cependant, dès 1765, un très remarquable progrès s'accomplit avec Pomme, dont l'œuvre, théoriquement discutable, mais d'une admirable orientation pratique, fait de lui le précurseur le moins contestable de la balnéation psychiatrique moderne.

Avec la nécessité de parer au « dessèchement et raccornisse-

(1) Rondelet, *Les pratiques balnéaires à travers les âges* (*Médecine internationale*, 1904).

ment du tissu nerveux » qui lui paraissent être la véritable cause des affections vaporeuses, Pomme entrevoit l'usage « des délayants et des humectants » comme seul propre à remplir son objet: « Tel est l'état des nerfs dont il s'agit, dit-il ; vouloir les rétablir dans leur première situation, c'est leur rendre l'humide dont ils sont dépourvus » (1). Conséquemment, l'auteur fait appel à l'intervention de l'eau qui lui paraît être le plus nécessaire des humectants ; et au nombre des applications qu'il signale, se trouvent les bains ou demi-bains, froids ou chauds, les bains prolongés, l'enveloppement humide, les pédiluves, les vessies de glace, les fomentations, les lavements froids, etc. La précision et le nombre des observations, que lui et ses disciples rapportent, ne laissent aucun doute sur la technique employée ni sur l'exactitude des résultats obtenus dans les différentes formes des affections vaporeuses qu'il décrit et où prennent place de véritables psychoses, délires hystériques et hypochondriaques, manies puerpérales, alcooliques, etc.

Et pourtant, bien que soutenue et confirmée par une phalange de disciples d'élite — tel Pamard, d'Avignon — la méthode de Pomme ne put prévaloir contre la routine, les préjugés ou même la malicieuse opposition de ses contemporains : « Quelques efforts que je fasse pour dessiller les yeux de tant d'aveugles volontaires, écrivait l'auteur lui-même, je suis certain que je n'y parviendrai pas. L'entreprise paraîtra au dessus de mes forces et la plupart ne me croiront pas parce que celui qui parle ne mérite pas d'être cru. L'expérience d'un médecin de province, fût-elle constatée par des faits aussi authentiques que nouveaux, n'aura jamais assez de pouvoir pour convaincre les esprits, et elle ne pourra, elle seule, s'approprier ce droit d'autorité que personne ne devrait lui refuser. On reconnaît pourtant que l'expérience est la mère de la médecine, puisque celle-ci lui doit sa naissance, son existence et sa vie, mais n'importe, on saura lui reprocher d'être souvent dangereuse et quelquefois trompeuse ; et si jamais elle fut trouvée suspecte, ce doit être aujourd'hui, parce qu'elle parle en ma faveur » (2).

(1) POMME, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 4e édition, préface, page XVIII.

(2) POMME, *loco citato*.

Toujours est-il que l'on ne manqua pas d'atteindre Pomme dans l'insuffisance de sa doctrine pathogénique, et que la déconsidération du système tout entier, poussée au-delà de ce que son auteur avait pu prévoir, s'étendit jusqu'aux précieux enseignements des faits les mieux constatés. Bien que l'on ait dit le contraire, Tissot [1] rendit pleinement justice à l'œuvre de son contemporain; mais on a peine à concevoir que Pinel l'ait passée sous silence ou ait feint de l'ignorer.

Combien, aussi, n'y a-t-il pas lieu d'être surpris de voir se perpétuer le discrédit d'une œuvre qui, pour se justifier d'elle-même, n'a besoin que d'être lue. A plus forte raison, trouvons-nous plus que sévère cette appréciation de l'un de nos plus éminents maîtres en hydrothérapie visant l'ensemble des pratiques du médecin d'Arles: « Comment le simple bon sens n'a-t-il pas fait justice de pareilles idées au lieu de les rendre populaires ? Nous ne pouvons l'expliquer. Nous devons dire, cependant, qu'elles furent abandonnées et que leur auteur fut couvert de ridicule quand parurent les travaux de Tissot sur les maladies du système nerveux » [2].

Pinel, abordant la question de l'Hydrothérapie, dans son Traité de la folie, ne trouve donc à signaler, en dehors des adeptes du bain de surprise, Van Helmont et Cullen, que l'Anglais Feriar, partisan du bain froid pour la mélancolie et du bain chaud pour la manie. Lui-même s'en tient au bain tempéré dont il fait très nettement et très définitivement la base fondamentale du traitement des maniaques et des mélancoliques. Il déclare y associer parfois l'irrigation céphalique au moyen d'un filet d'eau froide, mais ce moyen accessoire et d'une durée qui n'excède jamais une ou deux minutes, ne lui paraît opportun qu'aux approches de l'accès maniaque ou en pleine crise.

(1) « Depuis Hoffman, leur usage (des bains) est devenu plus général et on les a surtout beaucoup employés dans les vapeurs. M. Raulin les recommande et les emploie; M. Lorry a très bien jugé leurs effets ; mais personne n'en a porté l'usage aussi loin que M. Pomme, qui s'est frayé dans leur emploi une route qu'aucun de ses devanciers ne lui avait apprise. » Et ailleurs : « C'est dans les maladies produites par le trop de roideur des fibres, par la viscosité inflammatoire des humeurs, par la diminution de la transpiration, quand elles dépendent de quelques-unes de ces causes, que l'on doit employer la méthode relâchante, c'est dans ces cas où celle de M. Pomme, qui est la plus relâchante possible, a opéré de si belles cures. » Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies.*

(2) Beni-Barde, *Traité théorique et pratique d'Hydrothérapie*, p. 20.

La puissante impulsion de Priessnitz et les travaux qu'elle suscita, un peu partout, ne semblent pas avoir notablement influencé l'Hydrothérapie psychiatrique. Dans notre pays, en particulier les pratiques d'Esquirol, de Turck, de Brierre de Boismont, de Scipion Pinel et de Baillarger, se bornèrent longtemps à n'être que la continuation logique, amplifiée et perfectionnée de l'œuvre hydrothérapeutique de Pinel.

Avec eux, le bain tempéré de Pinel et de Georget ne fait que devenir le bain tiède plus ou moins prolongé ; l'irrigation céphalique froide, délaissée par Turck, deviendra, pour les autres, l'accompagnement nécessaire et constant du bain. Quant aux autres applications froides, elles seront, pour quelque temps encore, jugées inutiles ou dangereuses, à moins que par une déviation de leur emploi, elles ne deviennent, sous l'appellation de douche à colonne et entre les mains de Leuret [1] et de Rech [2], un agent d'intimidation, de coercition, de perturbation intense, une sorte d'équivalent du bain de surprise.

Cependant, vers la même époque, le belge Guislain imprime à l'Hydrothérapie psychiatrique une orientation très nettement différente en admettant, à côté du bain tiède ordinaire et du bain prolongé, l'usage de l'eau froide comme mode de traitement assez spécial de certaines formes de la folie, et de la folie aiguë en particulier. Il l'emploie, dans ces cas, sous forme de bains, réservant exceptionnellement à la douche de Leuret ou à son succédané, le bain d'affusion massive, le rôle d'agent brutalement perturbateur (soufflet psychique de Solbrig) ou de moyen disciplinaire.

Ici même l'influence de la méthode de Grœfenberg ne saurait être que douteuse, car Guislain semble ignorer Priessnitz, tandis qu'il cite, pour s'en recommander, les travaux de Currie et les essais de traitement par l'eau froide déjà réalisés par les aliénistes Pinel, Heinroth, Jacobi, Vizanik (de Vienne).

Avec Morel la balnéothérapie froide s'introduit pleinement, soit à Maréville, où Dagonet, en 1850, fait ses enveloppements mouillés dans la stupidité, soit, un peu plus tard, à Saint-Yon, où Brocard

(1) Leuret, *Du traitement moral de la folie*. Paris, 1840.

(2) Rech, *De la douche et des affusions d'eau froide dans le traitement des aliénations mentales*, 1846.

utilise tour à tour le bain d'affusion, les douches en pluie et en jet.

En 1866, l'eau froide trouve un nouveau défenseur en Reverchon(1). Celui-ci constate les effets sédatifs de l'immersion, des affusions et des douches froides dans les cas de délire maniaque modéré, mais il reconnaît que dans la manie aiguë, caractérisée par une grande excitation, un délire intense, des mouvements désordonnés, de la chaleur à la peau, un pouls fréquent, la méthode de Brierre de Boismont par les bains prolongés est la plus utile.

A partir de ce moment, la question de l'Hydrothérapie psychiatrique fait peu de progrès, en France tout au moins. A part quelques travaux de notable importance et sur lesquels il y aura lieu de revenir, tels que ceux de A. Laurent (2) (1867) sur les bains sinapisés, et de Bonnefous, de Leyme (3) (1869) sur l'emploi du bain salé permanent dans le décubitus des aliénés paralytiques, on peut dire que tandis que la codification scientifique du traitement balnéaire de la folie s'arrête aux conclusions formulées par Brocard, pratiquement, ce traitement est abandonné à un éclectisme réservé, personnel, dont le bain tiède modérément prolongé et la douche froide font les principaux frais.

Ajoutons que Brocard, tout comme son illustre maître Morel, aimait à associer les pratiques de la balnéation chaude à celle de l'hydrothérapie froide, accordant ses préférences au bain chaud, aux douches et affusions froides, assignant aux unes et aux autres des indications précises dans ces conclusions d'une thèse remarquable :

1° Le bain de surprise doit être banni de la thérapeutique de l'aliénation mentale comme moyen barbare, antirationnel et dangereux.

2° La douche sur la tête ne doit plus être la chute d'une cataracte d'eau sur cette partie, de manière à amener l'état voisin de l'asphyxie et causer au patient une terreur profonde ; elle doit

(1) Reverchon, *De l'Hydrothérapie appliquée au traitement des maladies mentales.* Thèse de Paris, 1867.

(2) Laurent, *Des bains généraux sinapisés dans le traité de la folie* (*Annales méd.-psychol.*, 1867, p. 381).

(3) Bonnefous, *Annales médico-psychologiques*, 1869, t. I, p. 433.

consister en une affusion faite au moyen d'une pomme d'arrosoir ou d'une éponge imbibée d'eau froide.

3° Les bains prolongés pendant dix-huit et vingt-quatre heures, comme les emploie M. Brierre de Boismont dans les affections qu'il désigne sous les noms de manie aiguë, de délire aigu simple, délire des ivrognes, manie puerpérale, monomanies tristes avec symptômes aigus, seront heureusement remplacés par des bains de quatre heures de durée suivis d'une affusion froide. Ces moyens ont l'avantage de ne pas produire un affaiblissement aussi considérable, d'amener une sédation plus prompte et de rendre le malade moins impressionnable à l'action du froid.

4° Sous l'influence de ce traitement l'agitation a cessé ordinairement après 6, 8 ou 10 jours au plus, et, pour remonter les forces de nos malades, pour améliorer leur constitution, nous les avons soumis à la douche et aux affusions froides associées aux toniques et aux ferrugineux, suivant les indications.

5° Certains malades ont été réfractaires à l'action de ces moyens de traitement ; ce sont spécialement les malades atteints de folie alcoolique dépendant de prédispositions héréditaires de mauvaise nature.

6° Les bains, les douches et les affusions d'eau froide sont des moyens thérapeutiques puissants dans l'état que l'on a désigné sous les noms d'état nerveux, de névropathie protéiforme, de névrosisme. Leur action n'est pas moins manifeste dans l'hystérie, l'hypochondrie et les différentes formes de folie dont cet état nerveux peut être considéré comme point de départ et comme base.

7° Nous avons obtenu la guérison de ces différents états pathologiques dans un espace de temps qui a varié, pour les premiers, de un à deux mois, et, pour les seconds, de un à quatre ou cinq mois.

8° Dans le traitement de ces affections, nous n'avons pas, non plus, négligé les autres agents que nous fournit la thérapeutique, et si, le plus souvent, le traitement hydrothérapique seul a pu mener les malades à bonne fin, dans certains cas, nous avons cru devoir aider son action par des agents thérapeutiques appropriés.

C'est pareil état de la question balnéothérapique que reflète, en 1878, le rapport général établi sur les services des aliénés en France par MM. Constans, Lunier et Dumesnil.

« Dans le traitement de la folie on fait usage, y est-il dit, des bains froids et des bains tempérés. A la température de 10 à 14°, les bains froids de une à cinq minutes sont toniques; les bains de 14 à 20°, de dix à vingt minutes, sont sédatifs, au contraire, surtout quand on évite de faire des mouvements. Pour que les bains tempérés, de 25 à 32°, produisent un effet réellement sédatif, il faut que leur durée soit au moins de trois quarts d'heure à une heure. Mais ils peuvent être prolongés beaucoup plus longtemps. On laisse souvent des aliénés agités dans un bain tempéré 2, 3, 4, ou même, plus rarement, de 10 à 12 heures. Quelques médecins ont proposé de maintenir les aliénés dans le bain pendant 15 à 24 heures ou plus. Cette pratique n'a trouvé en France que peu de partisans. On se contente habituellement et avec raison, selon nous, de donner des bains de 28 à 30°, de 3 à 4 heures de durée, avec légère irrigation continue sur la tête. Il est nécessaire, d'ailleurs, quand le bain est prolongé au-delà d'une heure, qu'il soit réchauffé aussi souvent que cela devient nécessaire. Lorsque les aliénés restent au bain pendant plusieurs heures, il faut leur donner leur repos aux heures ordinaires. On ne doit jamais donner aux aliénés des bains dont la température dépasse 32 à 35°; ces bains sont débilitants et congestionnent les centres encéphaliques. »

Après avoir signalé les bains d'étuves et de vapeur, les bains médicamenteux (alcalins, sulfureux, de Pennès, sinapisés, résineux) comme répondant à quelques indications particulières, les auteurs précités insistent sur la méthode hydrothérapique froide qui, dans ses applications aux affections mentales, leur apparaît tantôt sédative et tantôt hyposthénisante, tantôt tonique et reconstituante, tantôt enfin révulsive :

« La médication sédative, disent-ils, consiste dans l'emploi des bains froids dont nous avons parlé plus haut, des enveloppements dans le drap mouillé, des compresses froides (beaucoup plus rarement de vessies remplies de glace), qu'on applique notamment sur la tête en ayant soin de maintenir toujours la même température jusqu'à ce que l'on ait obtenu une sédation suffisante et en évitant de déterminer la réaction. Cette hydrothérapie sédative est principalement applicable dans les formes convulsives et expansives de l'aliénation mentale.

« Pour obtenir que la médication hydrothérapique soit tonique

et excitatrice, il faut que l'eau n'ait plus que de 10 a 12°, qu'elle agisse sur le corps par percussion, au moyen de la colonne, de la douche mobile ou de la lame. Il faut, en outre, que les douches soient très courtes, depuis 8 à 10 secondes, en commençant, jusqu'à 2 à 3 minutes. Il faut enfin que la réaction se produise ; ce qu'on obtient en faisant faire une marche rapide immédiatement après la douche. Quand la réaction ne se produit pas ou se produit mal, le traitement hydrothérapeutique est absolument inefficace, et il faut y renoncer ou tout au moins en ajourner l'application.

« L'hydrothérapie tonique convient dans les cas, très nombreux d'ailleurs, où l'anémie et le lymphatisme compliquent l'aliénation mentale, et, en général, dans presque toutes les formes dépressives où elle agit, du reste, non seulement comme tonique, mais comme perturbatrice.

« Les douches révulsives, chez les aliénés, doivent être dirigées sur le bassin et sur les membres inférieurs. Quand elles sont appliquées avec intelligence et qu'elles sont suffisamment puissantes, elles ont pour effet de décongestionner le cerveau. Les douches révulsives sont surtout indiquées dans les formes congestives de la folie. »

C'est à ces mêmes indications que se réduisait, dans la suite, l'enseignement éclectique et tout empreint de réserves du plus grand nombre des auteurs aliénistes français, Luys, Dagonet, Cullerre, Régis, etc.

Et quand, en 1897, M. Magnan, dans un article sur le traitement de la manie, en vient à la partie balnéaire, c'est encore la même modération que nous retrouvons dans l'emploi des moyens hydrothérapiques. Le bain est prescrit à une température de 33° et suivant le degré d'excitation, pour une durée variable, de une à deux, trois, quatre et cinq heures.

Telle était aussi, sur la matière, l'opinion de la plupart des auteurs allemands — parmi lesquels Krœpelin — qui, en 1892, assistant au Congrès de Carlsruhe, acceptaient, sans les discuter, les conclusions modérées et précises des rapporteurs Fuerstner et Fedbausch : « 1° La valeur de l'hydrothérapie scientifique sous la surveillance de médecins compétents est incontestable dans le traitement des aliénés ; 2° mais il faut qu'au préalable on ait soigneusement examiné leurs organes ; 3° on a également à tenir

compte de particularités quant au mode de réaction individuelle de grand nombre d'entre eux; 4° tandis que l'eau chaude convient exclusivement sous la forme de grands bains, l'eau froide peut être utilisée en frictions, enveloppements, affusions, douches, bains partiels ou bains généraux; 5° l'eau chaude sera employée en grands bains de 26, 28, 30°, de 10, de 15, 20 minutes de durée ou en bains prolongés suivant les cas. On n'emploiera qu'à titre exceptionnel des bains plus chauds ou plus prolongés, car les résultats obtenus par leur emploi ne sont pas en rapport avec les difficultés qu'entraîne leur administration; 6° l'action du grand bain chaud est triple : il calme, appelle le sommeil, active les échanges nutritifs ; il contribue à l'entretien de la peau et de l'hygiène, notamment chez les gâteux, les agités ou les malades atteints de lésions organiques ; 7° le grand bain chaud est indiqué dans toutes les psychoses fonctionnelles aiguës ; il agit favorablement dans toutes les psychoses fonctionnelles aiguës, surtout quand les malades présentent en même temps de la déchéance somatique. Le bain chaud rend également de grands services dans les psychoses d'origine organique, et, au premier chef, dans la paralysie générale; l'action congestive qu'il peut exercer sera efficacement combattue par l'application simultanée de compresses froides sur la tête du malade ; 8° on s'abstiendra de prescrire le bain chaud chez les malades qui montrent pour lui une répulsion opiniâtre, extrême et continue, qui se roidissent contre son administration ; on n'insistera pas non plus quand (ce qui d'ailleurs est exceptionnel) l'aliéné qui sort du bain est plus anxieux et plus agité qu'avant ; 9° l'hydrothérapie froide agit le plus souvent d'une façon défavorable dans les psychopathies dépressives, surtout à la période aiguë de celles-ci, et tout particulièrement chez les malades dont la nutrition est vicieuse. Si l'on prescrit l'eau froide sans tenir compte de l'état général des organes ; si, par engoûment et par système, pour obéir à la mode empirique, on soumet en masse les malades à l'entraînement de Kneipp, on nuit plutôt à l'évolution de la maladie mentale dont on risque, pour le moins, de prolonger la durée de beaucoup. On est alors d'autant plus nuisible que la prescription a eu lieu au stade initial de la psychopathie, et, qu'en outre, par ces pratiques on réduit l'apport nutritif ; 10° il faut être particulièrement circonspect

quand on se propose de traiter à l'eau froide les paralytiques généraux. On leur évitera les affusions et les douches, surtout à la tête ; ce traitement exagère l'excitabilité et la tendance à l'agitation et paraît favoriser les attaques congestives ; 11° on obtient souvent de grands avantages dans l'enveloppement du corps entier dans le drap humide et froid pour traiter l'agitation, par exemple, chez les maniaques, chez les malades vigoureux et jeunes qui sont affectés de psychopathies postépileptiques, et d'une façon générale dans les formes morbides qui procèdent par de l'hyperthermie ; 12° les frictions froides, les affusions sur le corps, sans y comprendre la tête, sont à leur place dans les stades avancés des psychoses fonctionnelles, notamment quand l'évolution de la maladie prend un caractère traînant ; ces procédés sont surtout indiqués lorsqu'on a affaire à un état d'affaiblissement du système nerveux central ; ils relèvent la force de résistance des malades ; on les emploiera notamment dans la neurasthénie, l'hypochondrie, chez quelques convalescents, ou encore, à titre prophylactique, chez les sujets à hérédité vicieuse ; 13° l'enveloppement partiel à l'eau froide rend fréquemment de bons services lorsqu'on veut combattre les sensations anormales, surtout celles qui sont circonscrites ; la serviette froide appliquée sur le thorax convient, par exemple, dans l'angoisse. Les bains froids partiels et en particulier les bains de pieds diminuent les sensations anormales de la tête, notamment des sensations de compression céphalique ; 14° les affusions et les douches amélioreront certains gâteux, mais c'est au médecin qu'appartient la prescription et l'application de ce moyen de traitement. L'eau froide aidera également à combattre la masturbation ; 15° les bains froids généraux, les bains froids de rivières et de mer sont indiqués pour renforcer le système nerveux central. La réaction des individus est d'ailleurs très variable et échappe à toute précision : aussi conseillera-t-on de commencer par des bains très courts. »

De telles conclusions se présentaient comme un terme de conciliation entre les méthodes excessives et systématiques jusqu'alors prônées ou combattues, et particulièrement entre celles qui faisaient du froid ou du chaud leur condition fondamentale sinon exclusive.

Plus près de nous, à la faveur de quelques données physiologi-

ques plus exactes, mais surtout grâce au mouvement qui tend, un peu partout, à transformer le régime intérieur des Asiles, la balnéation a reçu une impulsion nouvelle, et, cette fois, venant d'Allemagne, la poussée s'est faite du côté des applications hydriatiques tièdes et chaudes. Sous la forme plus spéciale du bain prolongé, elle a marqué un retour vers la méthode toute française de Bonnefous, de Leyme.

Il serait déplacé de donner ici un aperçu, même rapide, de ces différents essais dont l'école d'Heidelberg a été le premier et le principal théâtre ; nous les retrouverons au fur et à mesure de leur description analytique des divers procédés de la balnéation usités en médecine mentale. Disons qu'ils témoignent d'un effort considérable et de plus en plus dirigé vers la réalisation d'une hydrothérapie libérée de ses liens empiriques et élevée à la hauteur d'une méthode vraiment médicale.

CHAPITRE II

PRINCIPES D'HYDROTHÉRAPIE APPROPRIÉS AUX MALADIES MENTALES

Quels sont ces principes? Ils résultent des données de l'observation et de l'expérimentation ayant trait à tout ce qu'on sait de l'action de l'eau sur l'économie humaine, sous la forme d'applications qui, dans l'espèce, sont toujours extérieures.

Cette action de l'eau s'exerce en vertu de propriétés ou par des processus qui sont à la fois d'ordre physique, dynamique, chimique ou même biologique [1]. Selon toute apparence, c'est par son pouvoir calorique qu'elle arrive le mieux à ses fins. Mettant en jeu les sensations de froid et de chaud, elle provoque, directement et par diffusions réflexes, diverses modifications fonctionnelles et les mouvements de la réaction.

Toutefois, il est des degrés de calorique, intermédiaires entre les gradations divergentes de chaud et de froid, qui, bien que peu perçus par nos organes de sensibilité, sans effet notable sur la

(1) Cette action biologique de l'eau, telle que nous l'entrevoyons, est celle que Cl. Bernard désignait en ces termes: « La vie ne s'accomplit que dans un milieu liquide. Ce n'est que par des artifices de construction que les organes de l'homme ainsi que ceux des autres animaux peuvent vivre dans l'air ; mais tous les éléments actifs de leurs fonctions vivent, sans exception, à la façon des infusoires, dans un milieu liquide intérieur. » *Études physiologiques sur quelques poisons américains.* La théorie de Pomme, par laquelle l'auteur attribue les « vapeurs » au desséchement de la peau et des nerfs semble en parfaite concordance avec cette conception des influences, même quantitatives, des milieux liquides sur les manifestations de la vie. L'ordinaire placidité des sujets dits lymphatiques ou même la relative euphorie des pléthoriques ou obèses (tous se distinguant par une plus abondante imbibition cutanée ou autre des personnes à peau sèche et généralement d'un tempérament nerveux plus irritable), pourrait servir aussi à appuyer cette thèse. La balnéation prolongée peut être aussi envisagée comme une rétrogression artificielle vers les conditions de la vie fœtale où la balnéation se poursuit, durant neuf mois, au sein du liquide amniotique.

température du corps, et à cet égard, considérés comme *neutres*, n'en laissent pas moins à l'eau l'une de ses plus heureuses influences.

A cette zone neutre, variable avec les différents sujets, bien que généralement sise entre 32 et 37° centigrades (Bottey) (1), est empruntée l'action si nettement sédative des applications tièdes et chaudes.

Ajoutant parfois à son pouvoir calorique le facteur mécanique de la percussion, comme dans l'affusion et la douche, l'eau trouve là, au besoin, une action excitante complémentaire.

Ainsi pourvues de ses capacités physiques et dynamiques, les applications hydrothérapiques peuvent être considérées comme exerçant leur influence à la périphérie et sur la peau d'abord, là où se trouve un plexus vasculaire et nerveux capable de régler sa propre circulation dans une certaine indépendance des nerfs vaso-moteurs (Forster), ensuite sur l'équilibration nutritive et fonctionnelle des cellules corticales du sensorium (Forster), enfin sur les divers centres cérébro-spinaux ou sympathiques qui, directement ou par voie d'irradiation réflexe, président aux fonctions de la circulation, de la respiration, de la digestion, de la régulation thermique, de la nutrition intime des tissus, des échanges organiques, de l'hématopoïèse, des sécrétions internes et externes, etc.

Et ici prend place la *réaction* qui, dans son sens large et vrai, n'est plus seulement un phénomène de circulation, mais bien l'ensemble des processus vitaux et défensifs de l'organisme mis en jeu par l'intervention des agents hydrothérapiques.

Dans ces processus généraux de réaction, il est, ce semble, rationnel d'établir une distinction entre les phénomènes du premier moment (réaction extemporanée de surprise ou de commotion initiale) et les phénomènes plus tardifs d'une réaction organisée : C'est ce que Couette, de Lyon, a exprimé en disant :

(1) Suivant Bottey les impressions thermiques du plus grand nombre de sujets correspondent à l'échelle suivante :

Eau très chaude....	37° c. et au-delà.	Eau fraîche...........	de 25° a 18°.
— chaude...........	de 36° à 33°.	— froide...........	de 17° à 13°.
— tiède ou tempérée..	de 32° à 26°.	— très froide.........	de 12° à 6° et au-dessous jusqu'à 0.

« A chacune de ces périodes l'organisme réagit, bien qu'on ait improprement réservé le nom de réaction aux phénomènes de la seconde seule [1] ».

***

Les auteurs se sont appliqués à observer et à décrire les modalités de la réaction suscitées tour à tour par l'eau froide, l'eau tempérée et l'eau chaude.

Eau froide. — L'eau froide est l'agent principal de la réaction hydrothérapique. Tout au moins les manifestations réactionnelles qu'elle occasionne sont à ce point étendues, éclatantes et aisées à saisir, que la généralité des auteurs s'est plu à confondre l'étude de l'action physiologique de l'eau froide avec l'étude de la réaction elle-même.

Inutile de retracer ici le tableau, partout si bien décrit, des phénomènes physiologiques qui procèdent de cette réaction : frisson initial, suffocation angoissante, précipitation régulière ou tumultueuse suivie du ralentissement des battements cardiaques et artériels, légère et inconstante élévation de la température centrale, frisson de retour, etc.

Ce qu'il importe pratiquement d'en retenir, c'est le danger résultant de cette stimulation fonctionnelle pour des organes altérés ou des constitutions douées d'une excitabilité anormale.

Envisagé dans des rapports plus étroits ou plus directs avec chacune des grandes fonctions de l'économie, l'ensemble complexe des phénomènes de la réaction a pu être analytiquement réparti en un certain nombre de syndromes physiologiques portant les noms de réaction circulatoire, de réaction thermique, de réactions organico-réflexes (Bottey).

La réaction circulatoire donne lieu à un surcroît d'activité cardiaque, à des alternatives de vaso-constriction [2] et de vaso-

(1) Couette, *Etude expérimentale sur l'action thermique de l'eau froide en applications hydrothérapiques*, (*Lyon médical*, 1886, p. 345).

(3) Cette vaso-constriction tend à faire place à la vaso-dilatation dès que cesse l'action du froid, mais elle peut être maintenue dans la mesure où se prolonge, sans discontinuité, l'excitation thermique froide. C'est à la condition de cette continuité que les applications froides, dégagées de toute percussion, peuvent être antiphlogistiques : dans le cas contraire, elles deviennent congestionnantes.

dilatation périphérique ou centrale, à des déplacements brusques de la masse et de la pression sanguine, à un surcroît d'irrigation organique, à une accélération des échanges par assimilation et désassimilation, à une plus active canalisation des déchets vers leurs émonctoires naturels, etc. Par là l'eau froide, même en ses applications externes, paraît s'imposer a l'esprit comme pourvue d'actions excitantes, toniques et toni-sédatives, reconstituantes, dépuratives, révulsives et dérivatives.

La réaction thermique se traduit par la tendance qu'a l'organisme à récupérer la chaleur soustraite par l'eau froide, et ce mouvement d'équilibration thermique est rattaché à l'action thermogène du sympathique. Grâce à lui et à l'effort vital qu'il représente, la température périphérique, tout d'abord abaissée, ne tarde pas à regagner et même, à dépasser, parfois de 0°,05 à 1°,6 (Winternitz), son niveau normal. Mais, de plus, par voie de solidarité, la réaction thermique s'étend à toute la vie fonctionnelle de l'individu, car « toucher à la calorification, c'est en quelque sorte toucher au ressort de l'existence et faire retentir les mouvements qu'on lui imprime du côté des fonctions les plus importantes de l'économie. Placer l'organisme dans la nécessité de produire une plus grande quantité de chaleur, en l'exposant à des pertes réitérées de calorique, c'est d'abord accélérer la consommation de la matière organique, par cela même améliorer le mouvement de décomposition ; c'est stimuler la respiration et l'oxygénation du sang qui en est la conséquence ; c'est exciter la circulation et la mutation de la matière dans les dernières divisions capillaires ; c'est éveiller le besoin de réparation, et, enfin, impressionner l'innervation. » (Lubanski). Là encore se retrouve le rôle reconstituant et dépurateur de l'hydrothérapie.

Les réactions organico-réflexes, dans lesquelles se confondent les précédentes, consistent dans les processus intimes développés au sein des divers composants de l'économie, à la faveur de l'influence modificatrice des applications hydrothérapiques, et tout particulièrement de l'eau froide : « Chaque organe, chaque fonction, chaque cellule même, dit Bottey, réagit également d'une façon pour ainsi dire individuelle à l'action excitante du froid sur les nerfs périphériques, constituant ainsi une quantité de mouvements vitaux qu'on pourrait appeler réactions organico-réflexes, série de

réflexes modificateurs des circulations locale et générale, des mouvements cardiaques, des mouvements respiratoires, des combustions organiques, des échanges nutritifs, des sécrétions, des excrétions, etc., série de réactions aboutissant toutes, par des mécanismes variés, à une grande synthèse physiologique, dont le résultat final est : augmentation de la vitalité générale, activité plus grande des fonctions digestives et assimilatrices, accroissement de la force musculaire et l'aptitude au travail, sensation de bien-être, d'équilibre intellectuel et moral, ensemble remarquable qui fait de l'hydrothérapie une méthode hygiénique par excellence, en dehors des effets thérapeutiques que l'on réclame d'elle. La nécessité de ces réactions organiques s'impose, en effet, si l'on songe que dans beaucoup de cas l'application de l'eau froide est tellement courte qu'il devient difficile de ne faire entrer en ligne de compte que la soustraction du calorique (1). »

A ces résultats de la réaction organico-réflexe, il y a lieu de rattacher l'exaltation rapide de la fonction hématopoiétique ou, tout au moins, la mise en circulation presque extemporanée d'un plus grand nombre de globules rouges, sous l'influence de l'eau froide (Winternitz, Jaquet (2), l'augmentation de l'alcalinité du sang (Strasser) (3), de son pouvoir oxydant et antitoxique (Winternitz).

Enfin il convient aussi de ne pas oublier que l'aboutissement synthétique de l'effort d'une réaction étendue, n'est autre chose que ce que l'on désigne sous le nom de *crise*, et à ce point de vue on est en droit de dire que l'hydrothérapie est un des plus importants facteurs des crises physiologiques ou pathologiques, suivant qu'elle s'exerce dans les domaines respectifs de l'hygiène, de la prophylaxie ou de la thérapeutique proprement dite.

On peut dire que telle est la réaction générale type, c'est-à-dire obtenue dans les conditions les plus propres à montrer l'ampleur et les résultats d'ensemble de ses mouvements physiologiques. Elle est régulièrement réalisée, dans les conditions ordinaires, par

(1) Huet (d'après Botiey, *Traité d'hydrothérapie médicale*, p. 68).

(2) Jaquet, *Einfluss Külher Bader auf den Kreislanf gesunder und Kranken Menschen* (*Corresp. Blatt. f. Schweitz, Aerzte, n° 20, 15 octobre 1895*).

(3) Strasser, *Ueber chemische Veranderungen in Blute und horne* (Wiener, *méd. Presse*, 31 mai et 7 juin 1896).

les applications froides et courtes, quel qu'en soit le procédé, bains, douches, affusions, lotions, etc.

C'est de cette même réaction opportunément provoquée et bien dirigée, que Couette [1] a lumineusement montré les processus curatifs, quand il dit : « Il est évident que si, à la suite d'une douche froide, l'organisme un instant refroidi, se trouve tenu de récupérer la chaleur perdue, cela ne peut être, comme nous l'avons déjà dit, que par des combustions intimes plus intenses, une nutrition cellulaire plus active : C'est un coup de fouet aux oxydations organiques, par suite à l'assimilation et à la désassimilation. On conçoit alors que par la répétition prolongée de ces phénomènes, qu'on peut et qu'on doit faire varier judicieusement, en adaptant à chaque organisme *la dose et le mode d'administration qui lui convient*, on puisse obtenir peu à peu des modifications profondes et permanentes dans l'état général, dans le jeu des organes et l'accomplissement des fonctions. » « La réaction, dit aussi Beni-Barde [2], est plus qu'un acte de restitution destiné à rétablir un équilibre troublé. Elle constitue, selon moi, une véritable lutte de l'organisme dans laquelle le système nerveux, en mobilisant toutes nos forces disponibles, provoque un entraînement qui a pour but d'augmenter les réserves de notre vitalité. »

Telle est théoriquement la réaction par l'eau froide avec ses précieux avantages thérapeutiques. Bien conduite, elle a paru à bon nombre d'hydropathes la condition suffisante, sinon l'unique raison d'être de l'hydrothérapie. Toutefois M. Beni-Barde semble avoir judicieusement montré qu'en dehors même des contre-indications banales, admises par tous sans conteste, *l'eau trop exclusivement froide*, « merveilleuse pour les anémiques comme pour la plupart des victimes de l'asthénie, était souvent impuissante et parfois cruelle pour les patients dont l'impressionnabilité débordante devait les rendre rebelles à son action trop excitante » [3]. Et

(1) Couette, *Étude expérimentale sur l'action thermique de l'eau froide en applications hydrothérapiques* (*Lyon médical*, *1886*, p. 316).

(2) Beni-Barde, *Exposé théorique et pratique de la méthode hydrothérapique*, *1905*. Introduction, p. v.

(3) Beni-Barde, *ibid.*, p. 13.

parmi ces derniers se rangent le plus grand nombre de nos aliénés.

Moins réguliers, plus incertains, parfois tout différents sinon même inverses, sont les résultats réactionnels de l'application hydrothérapique diversement modifiée en intensité calorique, en durée, en force de percussion, en maintes combinaisons de ces dernières conditions et aussi en leur répartition à la surface du corps.

Eau tempérée, chaude, très chaude. — Au point de vue calorique, on voit l'eau perdre de plus en plus de ses propriétés perturbatrices et réactionnelles, au fur et à mesure que, plus tempérée et tiède, elle se rapproche de la zone neutre, et, là, déterminer, par des applications plus ou moins prolongées, une action sédative très spécialement utilisée dans les états d'excitation psychique.

Au dessus de cette zone neutre, qui correspond assez exactement à l'eau chaude (33 à 36° Bottey) et en abordant les températures de l'eau très chaude (37° et au-dessus), la réaction se manifeste, à nouveau, par des phénomènes initiaux de vaso-constriction périphérique, parfois accompagnés de frissons, vers 45°, et bientôt suivisde vaso-dilatation [1], avec élévation de la chaleur, excitation des nerfs de la sensibilité et de la motricité, augmentation [2] du nombre des battements du cœur et des pulsations artérielles, apparition de sueurs abondantes, non seulement sur les régions en contact avec l'eau, mais aussi sur les régions découvertes, injection de la face et des yeux, et lorsque l'application se prolonge, céphalalgies, battements des artères temporales, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, vertiges avec menaces de syncope, etc. (Huet) [3].

Si les applications hydrothérapiques chaudes élèvent momenta-

(1) Strasser pense que tandis que la vaso-dilatation provoquée par l'eau froide est une hyperhémie active, par excitation directe des nerfs, vaso-moteurs, la vaso-dilatation obtenue par l'eau chaude est le résultat passif de la cessation de l'action contracturante rapidement épuisée (hyperhémie passive).

(2) « Quelquefois, mais exceptionnellement, la chaleur ralentit les battements cardiaques. » Beni-Barde, *Exposé théorique et pratique de la méthode hydrothérapique.*

(3) Huet, *Traité de pathologie interne de Debove et Achard. Maladies nerveuses.*

nément la pression sanguine, celle-ci fait presque aussitôt place à de l'hypotension (Winternitz). Contrairement à l'eau froide, l'eau chaude est hypotensive.

Excitante dans la mesure de son élévation en degrés, l'eau chaude devient par là tonique, et cette action bien réelle est mise à profit, soit isolément, soit en association avec l'eau froide, comme dans les douches alternantes et écossaises.

D'une façon générale, les applications chaudes servent à activer les fonctions vitales, à développer ainsi chez l'individu la faculté de créer lui-même de la chaleur et le préparer à mieux réagir contre le froid (Beni-Barde).

Notons aussi l'action puissamment dérivative de l'eau chaude en applications faites à distance des organes à décongestionner.

***

Durée des applications. — Envisagées quant à leur durée, les applications hydrothérapiques paraissent soumises à cette quasi-loi établissant que, pour rester dans le cadre des agents stimulants et toniques, elles doivent être d'autant plus courtes que plus froides, tandis que, au contraire, la balnéation calmante, faite de réactions latentes, minimes ou avortées, résulte d'applications d'une durée d'autant plus longue que la température en est moins excitante, c'est-à-dire moins froide ou moins chaude, en se rapprochant de la ligne neutre. Là gît, pour une part, l'énigmatique influence du bain prolongé.

Il est vrai que l'on a pu demander aussi à la réaction par l'eau froide une sédation provenant de la continuité de cette réaction et de la fatigue des éléments organiques qui y prennent part ; mais cette sédation, mieux appelée *sidération*, confine au cadre pathologique et n'est point sans danger : « Lorsqu'on n'a pas besoin de réactions, dit à cet égard M. Beni-Barde, et qu'au contraire, on veut obtenir des effets sédatifs ou une action antiphlogistique, deux moyens peuvent être utilisés : l'un consiste à employer l'eau froide appliquée longtemps sans percussion, l'autre à faire une application suffisamment longue d'eau tempérée. *La propriété sédative ou antiphlogistique de l'eau froide ne saurait être utilisée*

dans tous les cas impunément et nous recommandons expressément de ne recourir aux applications générales prolongées qu'avec mesure et précaution. En agissant autrement on s'exposerait à une véritable sidération du système nerveux et à provoquer des accidents plus sérieux que ceux que l'on veut combattre..... L'application localisée ne présente pas le même péril; elle est presque toujours inoffensive [1]. »

Ailleurs [2], le même auteur revenant sur la question de ces applications froides, pose comme aphorismes : 1° que pour produire une réaction vive, c'est-à-dire déterminer une action franchement excitante, l'eau doit être très froide, la force de projection très énergique et la *durée de ses applications très courte*; 2° que si l'on recherche une action moins accentuée, ce qui est souvent nécessaire chez les personnes facilement excitables, on peut atteindre ce résultat en se servant d'une eau moins froide, en diminuant la percussion du liquide et en *prolongeant la durée de l'application*; qu'on peut aussi, pour arriver au même but, faire précéder l'intervention de l'eau froide d'un arrosage prolongé d'eau chaude qui a la facilité d'atténuer d'une façon sensible l'excitabilité que l'eau froide est susceptible de développer; 3° que lorsqu'on n'a pas besoin de réaction et qu'au lieu de provoquer une excitation, on veut obtenir des effets sédatifs ou antiphlogistiques, on prolonge le contact de l'eau froide avec les tissus intéressés sans provoquer de percussion.

A côté des actions sédatives et sidérantes de l'eau froide, il en est une autre connue sous la désignation d'antispasmodique, qui semble se traduire par des caractères propres. Et ceci nous amène à une précision plus distincte, sinon plus exacte, des unes et des autres.

L'action sédative résulte, comme on le sait, des processus généraux de la réaction physiologique tendant à ramener le calme en rétablissant l'équilibre des fonctions thermiques, circulatoires, sécrétoires, nutritives, etc. Elle est essentiellement le fait de la pleine réaction, de celle qui, composée d'actes réflexes multiples et obscurs, commence par une impression sensitive et finit par

(1) Beni-Barde, *Traité d'Hydroth.*, p. 140.
(2) Beni-Barde, *Exposé théorique et pratique de la Méthode hydroth.*, p. 224.

une réparation organique (Beni-Barde) [1]. C'est à elle que correspond surtout l'adage : *sanguis moderator nervorum.*

L'action sidérante consiste en un processus de sédation morbide : elle est la défaite d'une réaction entravée et prolongée, le quasi-déficit des forces vitales parfois voisin du collapsus.

L'action antispasmodique est une sédation par voie rapide résultant, aux premiers contacts de l'agent hydriatique froid ou même chaud, d'une action thermique ou dynamique à la fois locale et centrale, capable, selon les cas et les procédés, d'excitation, d'inhibition, de modération et, par là, d'une régulation bienfaisante des fonctions nerveuses. Elle diffère de la sidération par la nature et le degré de ses effets, aussi bien que par le moment où elle se produit : Phénomène du début, elle est un accident de simple perturbation, de désarroi plutôt fonctionnel, une sorte de réaction d'alerte, tandis que la sidération devient un état de dépression à la fois organique et fonctionnel.

Volontiers, et quelles que soient les défectuosités de ce rapprochement, nous fixerions les caractères distinctifs de ces trois sortes d'actions sédatives en les comparant au soufflet qui surprend et redresse, à la massue qui terrasse, à l'aliment qui restaure et satisfait.

C'est l'action antispasmodique ou antispasmo-sédative, que l'un des disciples de Pomme, Régnard de la Fère, nous semble avoir judicieusement dégagée, lorsque, à propos de l'efficacité des topiques froids dans les spasmes, convulsions, affections hystériques et hypochondriaques, il dit : « L'application subite d'un corps froid sur la peau, et particulièrement sur la partie malade, rappelle l'équilibre et rétablit tout dans l'ordre. Un moment auparavant, le malade livré à toutes sortes de douleurs, d'agitations et de secousses violentes paraissait privé de toutes les fonctions de l'âme : le désarroi était universel, continu, effrayant. On applique sur la peau nue un topique froid ou à la glace ; le patient cesse de se tourmenter; aussitôt il reprend ses sens, voit, entend et raisonne. »

A l'action véritablement sédative ou toni-sédative se rapportent

(1) Beni-Barde, *Exposé théorique et pratique de la Méthode hydroth.*, Introd., p. IV.

ces lignes de M. Beni-Barde, écrites à propos des effets de la douche froide : « Elle produit, dès les premiers jours du traitement, une excitation directe de l'organisme suivie de réactions multiples qui ont pour résultat d'accroître la vitalité de toutes les fonctions et de leur apporter en même temps un apaisement salutaire. Cette perturbation bienfaisante est de courte durée; mais lorsqu'elle est renouvelée tous les jours, elle produit un résultat qui ne tarde pas à devenir permanent. C'est alors que soutenue par l'entraînement régulier qu'elle a provoqué, elle parvient à activer la circulation, à régulariser les fonctions du système nerveux, à accroître la force musculaire, à imposer à l'assimilation une marche bien compensée, à favoriser les mutations nutritives et finalement à préparer la rénovation de toutes nos cellules. On peut, sans hésiter, attribuer ces heureux résultats à l'action excitante de l'hydrothérapie que le temps transforme en une action tonique et vraiment reconstituante... Ces effets reconstituants sont principalement l'œuvre des applications froides de brève durée, et surtout de la douche courte et énergique. » [1].



En dehors de ses influences caloriques et de son action en durée, l'eau possède des propriétés de pur contact. Si les unes et les autres sont nécessairement confondues, ces dernières n'en restent pas moins capables d'effets très particuliers, parfois puissants, et toujours très propres à nuancer les multiples pratiques de l'hydrothérapie. Elles résultent de la percussion, de l'immersion simple, de l'humidité, de la vaporisation, etc.

Percussion. — *La percussion*, sans influence par elle-même sur les oscillations de la température du corps (Couette) [2], constitue en s'appropriant le pouvoir balistique de l'eau, un élément très favorable à la réaction, et on peut dire que celle-ci est plus vive après les affusions et les douches qu'à la suite de la simple immersion.

Cette percussion hydrothérapique est soumise à des règles que

(1) Beni-Barde, *Exposé de la Méthode hydrothérapique*, pp. 301, 302.
(2) Couette, *In Lyon médical*, 1886, p. 244.

l'expérience, mieux que toute indication théorique, peut préciser. Elle doit toujours être modérée, car ainsi que le fait remarquer Fleury [1], si « une douche trop faible peut avoir l'inconvénient de rester inefficace, une douche trop forte est toujours dangereuse. » La projection de l'eau se prête à des variantes dont les auteurs ont tiré parti, au gré de leur esprit inventif et pour répondre à des indications thérapeutiques plus ou moins justifiées : de là est né le bain en lames imité des bains de mer et de rivière, les différentes formes de la la douche, l'affusion, etc. Ici se range de même le frottement et certains modes superficiels de massage, tel le tapotement, qui parfois accompagnent ou suivent immédiatement les applications hydrothérapiques.

Immersion. — *L'immersion* pure et simple, et par là il faut entendre la mise au contact d'une eau quasi stagnante et du corps relativement immobile, semblerait de prime abord assez indifférente au point de vue de ses effets physiologiques. — Il est, du reste, difficile sinon impossible, de l'isoler de toute influence calorique.

On a observé, toutefois, que l'un des résultats de l'immersion était d'enrayer la réaction, et la démonstration semble en être faite par l'emploi de la piscine remplie d'eau à basse température (de 8 à 15°), où malgré la vive stimulation du froid, l'excitation reste modérée, la sensibilité et l'irritabilité musculaires s'engourdissent, le sommeil succède à cet engourdissement (Beni-Barde) [2]. C'est là de la sidération des centres nerveux par impuissance à réagir pleinement dans cette condition spéciale où le calme, avons-nous dit, tend à devenir l'expression d'un état morbide.

Le bain *froid* de piscine ou de baignoire est donc dangereux, à moins qu'il ne soit de très courte durée, auquel cas l'immersion seule n'a pas le temps de s'exercer et les seuls effets produits sont ceux de l'application calorique.

Tout autre, on le conçoit, sera l'application *tempérée* en eau stagnante : l'immersion, dans ces cas, dégagée des effets stimulants et perturbateurs du calorique, réalise son action propre, à

(1) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, p. 153.
(2) Beni-Barde, *Traité d'hydrothérapie*, p. 144.

savoir le ralentissement et la modération des réactions, lesquelles capables d'engendrer chez l'homme sain une dépression anormale, et pénible, rendront à l'excité son équilibre perdu.

Ainsi l'immersion dans l'eau agréablement tempérée deviendra équilibratrice et conséquemment sédative : c'est là, peut-être, le secret des effets de la balnéation prolongée si bien connue et si profitablement utilisée depuis Pomme jusqu'à Krœpelin.

Plus les autres applications hydrothérapiques se rapprocheront de cette condition du bain tiède, plus l'action sédative se réalisera: la douche elle-même deviendra sédative, si elle restreint sa percussion et si son eau est tempérée. C'est ce que remarque M. Beni-Barde, quand il dit : « Un sujet aspergé par une douche dont l'eau a un des degrés de la zone neutre n'éprouve en général ni sensation de chaud ni sensation de froid. Cette douche indifférente porte le nom de douche tempérée. Elle exerce sur le système nerveux un effet sédatif d'autant plus marqué que sa durée est plus longue et que sa force de percussion se trouve amoindrie » (1).

Il paraîtra parfois utile de compenser les effets dépressifs d'une immersion en eau tiède en y associant la percussion : comme en eau de rivière ou de mer, on peut créer en piscine ou baignoire l'agitation percutante.

Dans le même but on a incorporé à l'eau des bains certaines substances végétales ou chimiques, telles que plantes aromatiques, sels alcalins, etc.

Applications humides. — *L'application humide* se rapproche, à bien des égards, de l'immersion dont elle est, en quelque sorte, un diminutif au point de vue de ses effets sur la réaction.

Au début de l'application d'un linge humecté d'eau froide, les effets dépressifs qui succèdent à l'action antispasmodique ne sont que modérés et parfois aboutissent à une sensation de bien-être et à la tendance au sommeil, laissant ensuite à la réaction la faculté de se produire dans une mesure qui généralement suffit à restituer au corps sa chaleur et à réchauffer le milieu enveloppant.

Plus propre à ménager et à sauvegarder les conditions de résis-

(1) Beni-Barde, *Exposé théorique et pratique de la méthode hydrothérapique* p. 35.

tance des sujets, l'enveloppement humide prolongé offre sur le bain froid prolongé cet autre avantage d'une puissante dérivation sur la peau.

Logiquement, après ce qui vient d'être dit, l'application humide sera d'autant plus contro-stimulante ou dépressive qu'elle se rapprochera davantage de l'immersion. De fait, l'expérience a distingué les effets excitants ou sédatifs d'un enveloppement humide froid d'après les degrés d'imbibition du linge : « Pour prendre une action excitante, dit M. Beni-Barde[1], le drap doit être fortement tordu sur lui-même ; pour obtenir une action moins excitante, *ou même sédative*, le drap doit être très mouillé. »

L'enveloppement humide, très favorable aux applications par, tielles (maillots, ceintures, compresses), peut, dans certains cas- où une dérivation sudorale est le but principal à atteindre, être appliqué tiède ou chaud ; mais dans ces cas spéciaux, l'action dépressive d'un enveloppement général peut trouver comme correctif l'intervention d'une eau plus élevée en calorique (eau très chaude) ou chargée de principes stimulants, tels que sel marin, alcoolats, vinaigre, essences aromatiques, etc.

Vaporisation. — *La vaporisation* de l'eau, à une haute température, prend aussi place parmi les procédés de la balnéothérapie psychiatrique. Agissant à la façon d'un bain d'air chaud saturé d'humidité et transformant, de la sorte, l'étuve sèche ou bain turc en étuve humide ou bain russe, elle a pour rôle essentiel de favoriser la sudation.

Comme on le conçoit bien, le bain d'air chaud non humide, bien qu'appelé à rendre les mêmes services, n'est qu'improprement rattaché à l'Hydrothérapie.

⁂

Conditions ambiantes et dispositions physiologiques du sujet. — Pratiquement capitales sont les conditions physiologiques et ambiantes que doit offrir le sujet à l'action des procédés hydrothérapiques : Maints auteurs, Fleury[2] entre autres, ont

(1) Beni-Barde, *Traité d'Hydroth.*, p. 158.
(2) Fleury, *Traité d'Hydroth.*, p. 143.

montré que, toutes choses égales d'ailleurs, la réaction à l'eau froide est d'autant plus prompte et plus énergique que l'atmosphère est plus chaude, que le sujet a accumulé plus de chaleur et manifeste plus de vigueur. C'est dans le même sens que M. Beni-Barde écrit : « L'élévation de la température propre du corps avant l'application du froid, soit par un exercice musculaire préparatoire, soit par l'emploi préalable du calorique, rend l'organisme moins impressionnable au froid et le met en état de réagir plus facilement ; mais il ne faut pas que l'exercice ait été poussé jusqu'à la fatigue. »

En thérapeutique mentale, toutes les fois que devra intervenir l'hydrothérapie froide, il sera donc élémentaire d'assurer ces conditions, d'une part en veillant à ce que la température des salles de bain soit maintenue entre 15 et 18°, et, d'autre part, en éliminant dans la mesure du possible tous les sujets constitutionnellement et organiquement réfractaires ou inaptes à supporter l'ensemble ou certaines des applications de l'eau, ce qui est l'objet des contre-indications.

***

Répartition des applications à la surface du corps. — Un point dont l'importance doit être relevée ici, a trait à la *répartitions des applications hydrothérapiques* à la surface du corps : Les médications locales — révulsives, antispasmodiques, sédatives, antiphlogistiques, etc. — trouvent là l'un de leurs plus avantageux facteurs.

Souvent on a à recourir à des applications locales d'eau froide ou glacée dans un but de sédation antiphlogistique, mais c'est à l'action dérivative des applications localisées que la thérapeutique psychiatrique demandera le plus souvent ses effets. Fleury avait observé que l'influence des applications froides sur le molimen menstruel était directement nulle, quand la douche était également et uniformément répandue sur toute la surface du corps, tandis qu'il n'en était pas de même des applications qui, dirigées vers le bassin et les membres inférieurs, augmentaient un écoulement menstruel insuffisant, et qui, dirigées vers les régions supérieures du tronc et des membres, diminuaient des règles abondantes.

D'autre part, M. Beni-Barde a montré, entre autres exemples, les relations réflexes qui relient les organes du petit bassin avec la plante du pied, et il en a tiré la légitime explication des bons effets des applications plantaires froides sur certains états pathologiques du rectum, de l'utérus, de la vessie, etc.

De tels faits sont trop suggestifs, dans leurs analogies avec les dispositions organiques offertes par certains états de folie, pour qu'on ait à insister sur l'utile parti à tirer, en pareil cas, de ces applications hydrothérapiques locales et des réactions circonscrites et en quelque sorte systématisées auxquelles elles donnent lieu. Et du reste, certaines observations expérimentales de Schüller (1) sont, à cet égard, des plus intéressantes et démonstratives :

Des compresses froides appliquées sur l'abdomen et le dos d'un lapin contractent la peau et les vaisseaux mésentériques, tandis qu'il se produit, d'autre part, une dilatation réflexe des vaisseaux de la pie-mère avec ralentissement et renforcement des pulsations du cerveau.

Des compresses chaudes relâchent la peau et dilatent les vaisseaux mésentériques en même temps qu'il se fait une constriction réflexe des vaisseaux de la pie-mère avec accélération et affaiblissement des pulsations encéphaliques. Des bains entiers froids agissent d'abord comme les compresses froides, mais leur prolongation occasionne, par suite du refroidissement, une constriction des vaisseaux pie-mériens et un affaissement du cerveau. Après le bain il survient une vaso-constriction durable.

Des bains chauds entiers déterminent, à la suite d'une dilatation très passagère, une forte constriction avec affaissement.

Des emmaillotements chauds de 27° R. amènent un abaissement de température de 1 à 2°. Elle remonte seulement après deux ou trois heures. Après une dilatation de courte durée, les vaisseaux de la pie-mère se contractent, le cerveau s'affaisse, les battements du cerveau ralentissent. Ceci dure des heures.

L'enlèvement du maillot est immédiatement suivi d'une forte vaso-constriction, puis il s'opère un retour à l'état normal.

(1) Schüller, *Experimenstaistudien über die Veränderung der gehirngefässe unter den Einflusse aüsserer Wasserapplicationen.* Deutsches, Archiv. für Klin. med. XIV. (Cité in rapport de Thomsen) *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, LV, p. 721.

Des douches froides déterminent d'abord des anomalies dans le calibre des vaisseaux, ensuite survient la vaso-dilatation.

Si l'excitation est trop intense et de nature à entraîner une vaso-dilatation secondaire des vaisseaux mésentériques, il se produit une ischémie pie-mérienne et une très sensible diminution de la pression sanguine.

Il résulte, en résumé, des recherches de Schüller que les compresses froides sur le ventre et le dos, tout aussi bien que les douches froides, favorisent la nutrition cérébrale, hâtent les mutations organiques, tandis que les compresses chaudes et les bains chauds amènent le contraire. Des bains froids provoquent d'abord une augmentation des échanges organiques, qui bientôt fait place à un long ralentissement des processus de nutrition.

Un antagonisme existe, d'une part entre la peau et les vaisseaux mésentériques, et d'autre part entre les vaisseaux pie-mériens. Tous les procédés qui contractent les premiers dilatent les seconds en accélérant les processus de nutrition cérébrale. Le contraire se produit si, par suite d'une forte excitation, les vaisseaux mésentériques, tout d'abord contractés, viennent à se dilater. (Thomsen).

Winternitz(1) a montré, en outre, que le refroidissement localisé d'un tronc vasculaire, ou bien même d'un nerf, entraîne la constriction du territoire vasculaire correspondant, en même temps que la température périphérique décroît en proportion de la diminution de l'apport sanguin, et que se ralentissent aussi les mutations nutritives. Et ce phénomène se reproduit pour le cerveau, si l'application est faite au niveau des carotides au moyen d'une cravate froide.

— Le résultat est inverse si l'application est chaude (Winternitz, Strasser).

Ajoutons que M. Beni-Barde a, pour sa part, signalé que les douches froides localisées sur les jambes ou sur les pieds, les compresses froides frontales souvent renouvelées, l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide, les bains de siège, etc. produisent sur les vaisseaux cérébraux une contraction réflexe qui se traduit par un retrécissement de leur calibre.

(1) WINTERNITZ, cité par Thomsen.

Bien d'autres auteurs ont aussi contribué aux plus récents progrès de l'Hydrothérapie scientifique. Ce sont, parmi les plus connus, Tartivel, Delmas (de Bordeaux), Couette (de Lyon), Noguès (de Toulouse), Duval, etc., les allemands Jurgensen, Ziemsenn, Rosbach, etc.

C'est le cas de mentionner aussi les noms de Cl. Bernard, Brown Sequard, Schiff, Vulpian, dont les travaux sur le système nerveux ont permis de fournir à l'hydrothérapie la base physiologique d'une doctrine nerveuse, après les théories antithermique de Currie, dépurative de Priessnitz, révulsive de Fleury.

CHAPITRE III

PROCÉDÉS ET MODES D'APPLICATION DE L'HYDROTHÉRAPIE AU TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

Il m'a paru malaisé d'ordonner méthodiquement les différents procédés et modes d'application de l'hydrothérapie propres à la médecine mentale.

Relativement aux effets excitants et dépressifs de l'eau, l'observation physiologique et pathologique laisse trop d'imprécision pour qu'il soit permis de faire de cette distinction des propriétés de cet agent une base quelque peu ferme de classement.

D'autre part, l'instabilité des conceptions nosologiques de la psychiatrie les dispose encore très insuffisamment à servir de cadre à la description des pratiques de la balnéothérapie psychiatrique.

C'est à la forme même des applications et à leur degré d'importance curative qu'il m'a semblé préférable d'emprunter les meilleures, quoique très empiriques, raisons d'être de l'exposé qui suit :

Bain tiède ordinaire.

Le bain tiède ou bain neutre remonte à l'origine des temps. Précaution d'hygiène, objet de luxe ou de plaisir plus encore que de pratique médicale, c'est lui surtout que visent les premiers auteurs, quand ils signalent l'emploi qu'ils font de l'eau dans l'art de guérir.

Et parmi les anciens médecins qui en aient formellement conseillé l'application aux affectations mentales, il faut mentionner Hippocrate, Sanctorius, Celse, Aurélius Cœlianus, Alexandre de Tralles, Arétée, Galien, Prosper Alpin.

En 1721, Hoffmann s'attache à montrer les bons effets de l'eau tiède dans les affections internes, et cite, d'après plusieurs auteurs, les cures que l'hypochondrie doit à cette méthode.

Un peu plus tard, vers la moitié du XVIII[e] siècle, Pomme admet, dans une technique hydriatique déjà plus complexe, le bain tiède à côté des bains froids simples ou composés.

Fériar cité par Pinel ([1]) traite les maniaques par le bain chaud, tandis qu'il réserve le bain froid aux mélancoliques.

Pinel, s'inspirant de l'exemple des anciens et de sa propre expérience, adopte à peu près exclusivement l'usage du bain uniformément tempéré ou tiède : « Depuis près de huit années, écrit-il, ces bains sont devenus la base fondamentale du traitement des maniaques et des mélancoliques, à mesure que leur efficacité s'est de plus en plus manifestée, qu'on a varié leur usage et qu'on les a secondés par d'autres moyens accessoires » ([2]).

Avec cet auteur — et ceci est un point à noter — apparut l'emploi combiné du bain tiède (22 à 24° R.) et de la petite douche céphalique que, plus tard, Brierre de Boismont conservera dans sa technique de la balnéation prolongée. « Une heureuse combinaison de la douche avec le bain, dit-il, ajoute encore beaucoup à son efficacité et prévient jusqu'aux moindres inconvénients qui pourraient en naître. A chaque baignoire, et directement sur la tête de l'aliéné, répond un tuyau susceptible, à l'aide d'un robinet, de faire tomber à trois pieds de hauteur, un filet d'eau froide proportionné au but qu'on se propose et qu'on gradue suivant les symptômes, mais en général très petit et borné au simple arrosement » ([3]).

A la même époque, Georget fait largement usage du bain tiède, dont il apprécie les avantages à la fois hygiéniques et thérapeutiques. Il l'applique systématiquement à l'ensemble des malades chez lesquels il n'y a pas de contre-indication, les baignant plusieurs fois la semaine ou même tous les jours, selon les besoins. La durée du bain a pour limite « l'étendue des effets qu'on veut produire et la possibilité de les supporter. Les aliénés vigoureux,

(1) Pinel, *Traité sur l'aliénation mentale*, p. 327.
(2) Pinel, *ibid.*, p. 329.
(3) Pinel, *loco citato*, p. 329.

très agités, de quelque genre que ce soit, maniaques, monomaniaques ou stupides, seront tenus tous les jours, et le plus longtemps possible, dans le bain, depuis une demi-heure jusqu'à une, deux heures au plus. »

Et l'auteur constate que « l'usage des bains concourt puissamment à diminuer l'excitation générale, à calmer les organes nerveux, à affaiblir et faire disparaître l'état de tension, d'agitation, d'exaltation des forces musculaires, à redonner de la souplesse, de la fraîcheur à la peau aride et desséchée de certains mélancoliques, en même temps que c'est un moyen de propreté très utile, souvent essentiel (1). »

Esquirol partagea les idées de son maître Pinel, relativement à ses préférences pour le bain tiède, tout en signalant quelques indications différentielles des bains tièdes et froids : « L'eau a été administrée aux aliénés de toutes les manières et à toute température; les bains tièdes de 20 à 25° R sont les plus utiles ; on peut même les prolonger pendant plusieurs heures de suite chez les sujets maigres, nerveux et très irritables. Lorsqu'il y a une grande impulsion vers la tête, on se trouve bien d'appliquer des vessies pleines d'eau très froide, de linges trempés sur la tête pendant la durée du bain. Le bain froid convient aux sujets jeunes, forts, robustes et qui sont dévorés par la chaleur ; le froid agit en soutirant, en quelque sorte, l'excès de calorique ou en excitant l'action tonique de la peau. Quelques auteurs ont prescrit les bains chauds; Prosper Alpin les conseille; peut-être les négligeons-nous trop. On a rendu les bains plus actifs en mêlant à l'eau diverses substances médicamenteuses (2). »

Ailleurs, et à propos du traitement des maniaques, Esquirol ajoute : « On emploie les bains tièdes, on les prolonge pendant deux, trois ou quatre heures, et on les répète jusqu'à deux et trois fois par jour, en donnant un bain chaque fois que le délire et la fureur se renouvellent, surtout si le sujet est d'un tempérament sec et irritable. Tout le temps que le malade est dans le bain, on fait des lotions d'eau froide sur la tête, tantôt en versant de l'eau, tantôt en maintenant sur la tête un linge ou une éponge pénétrée d'eau froide. »

(1) Georget, *Traité de la folie*, p. 315

(2) Esquirol, t. I, p. 147.

La même pratique est étendue par l'auteur à certaines formes de mélancolie dans laquelle « le système nerveux paraît être seul en cause » et n'est plus « escorté des symptômes qui indiquent la prédominance du système abdominal ou la turgescence du système sanguin...... Dans cette mélancolie, vulgairement appelée nerveuse, écrit-il, dans la mélancolie sans matière de Lorry, les évacuants augmentent le mal. Le médecin doit se proposer de modifier la sensibilité, de calmer l'excitation nerveuse par les moyens hygiéniques déjà indiqués, par les boissons adoucissantes, par les narcotiques, par l'opium, par l'usage de l'eau en vapeur, en douches, en bains, en affusions; le bain tiède est plus ou moins prolongé, quelquefois pendant plusieurs heures.

« Les bains d'immersion dans l'eau froide, en provoquant à l'extérieur une réaction nerveuse, font cesser le spasme intérieur et provoquent une solution heureuse de la maladie.

« La douche agit de la même manière, outre qu'entre les mains d'un médecin expérimenté, elle peut avoir une influence morale sur le malade et le forcer de renoncer à des résolutions funestes et dangereuses [1]. »

Cette citation, tout en montrant la place qu'assignait Esquirol à chacun des agents de la balnéation psychiatrique usités à son époque, établit nettement les conditions d'administration du bain tiède ; et on ne peut disconvenir que cette pratique, entre les mains de l'illustre aliéniste, n'accusât une tendance encore plus marquée vers la balnéation prolongée.

La distinction entre le bain court et le bain prolongé ne pouvant être qu'affaire de convention, il y aurait tout d'abord lieu de se demander quelle doit être la limite de l'un et de l'autre ?

La question comme la réponse peuvent sembler oiseuses, et cependant il apparaît, à la banale appréciation d'un fait de cet ordre, que tout bain, même tiède, dès qu'il dépasse la durée d'une heure, appartient au cadre des bains prolongés [2].

Or Pinel et Esquirol faisaient de la balnéation prolongée parce

(1) Esquirol, *loco citato*, t. II, p. 201.

(2) C'est ainsi que l'entendent MM. Magnan et Pécharman, écrivant au sujet des bains prolongés : « La durée sera d'une, de deux heures, de quatre et même huit heures, suivant le degré de l'excitation ... » *Traité de thérap. appliquée,* par Albert Robin. *Traité des mal. mentales*, p. 117.

que leur remarquable esprit d'observation leur avait fait voir l'insuffisance habituelle du bain court, dans le traitement spécial de la folie, comme plus tard l'avait senti Guislain, disant : « On ne constate pas toujours, après l'emploi du bain ordinaire, que le malade obtienne ce soulagement, cette détente qu'on remarque le plus souvent dans les maladies inflammatoires à la suite de l'usage des bains tièdes... L'effet curatif est très rarement produit par les bains ordinaires ; il se rattache à l'action des bains prolongés (1). »

Et Morel, à son tour, constate que « le peu de succès des bains de courte durée chez les aliénés agités a inspiré à M. le docteur Brierre de Boismont l'emploi des bains prolongés (2). »

Faut-il dire cependant que le bain tiède court, en médecine mentale, mérite d'être relégué dans le cadre des agents purement hygiéniques, à côté des bains de propreté ? Non, assurément, car ici, comme partout, intervient la question des indications individuelles fournies, soit par la constitution des sujets, soit par le degré du mal ; et il est de toute logique, comme aussi d'expérience, qu'au prorata de sa durée, le bain tiède de courte durée produit la plupart des effets dévolus au bain plus ou moins prolongé. Aussi Guislain, tout en reconnaissant la relative insuffisance des propriétés curatives des bains ordinaires « tièdes ou plus ou moins chauds » peut-il leur attribuer, en dehors de leur rôle hygiénique, une action généralement sédative et applicable aux cas de vésanie récente, au retour des accès violents, à un état insurrectionnel, aux tentatives d'évasion, à un penchant aux luttes, à la turbulence, aux cris et vociférations, à un état de fureur, à une manie d'agitation associée à la mélancolie : « l'usage de ces moyens, ajoute-t-il, amène du calme, du bien-être, un retour au sommeil ; il rétablit les fonctions de la peau, il diminue l'éréthisme général (3). »

Le même auteur fait observer que si parmi ces états, il en est — tels les manies récentes et le retour des accès — auxquels conviennent particulièrement les bains d'une heure, de deux heures et de plus longue durée, *les cas chroniques imposent plus de réserve*,

(1) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, t. III, pp. 104 et 107.
(2) Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 776.
(3) Guislain, *Leçons sur les phrénopathies*, 29e leçon, t. III.

et exigent qu'on n'en prolonge pas l'emploi avec trop de hardiesse, surtout dans les cas d'affaiblissement des facultés mentales, car « en obtenant du calme, on peut amener aussi un progrès vers la démence » Il recommande formellement de « s'abstenir de bains tièdes chez les personnes mal nourries dont le sang est vicié, chez lesquelles la peau est anémique, la langue pâle, les yeux ternes, le pouls petit (1). »

Baillarger a fait remarquer que la contre-indication s'étendait à certains états mélancoliques paraissant tendre, selon l'expression de Guislain lui-même, à l'extinction de la vie, et que caractérisent l'inertie simultanée des fonctions physiques et mentales : « Je donne souvent dans ce cas, dit-il, des bains sulfureux, des bains salés, des bains aromatiques, et j'administre en même temps le quinquina, le fer, etc. ; mais je me garderais, je l'avoue, de baser la thérapeutique sur l'emploi des bains simples (2). »

Cependant, et par contre, le bain tiède ordinaire semble être, aux yeux de bon nombre d'auteurs, l'agent hydrothérapique de choix dans la mélancolie simple. Schüle le prescrit, de préférence, le soir.

Pelman (3) accorde généralement aux bains tièdes d'une demi-heure, pris le soir, une préférence sur les bains prolongés et les emmaillotements humides.

MM. Magnan et Pécharman déclarent que l'emploi du bain court est, dans l'espèce, le plus usuel, celui dont on tire d'excellents effets ; que la durée peut en être prolongée sans inconvénients jusqu'à deux heures, chez les mélancoliques agités.

Tous recommandent l'association de la compresse céphalique froide au bain tiède.

Au sujet de la température des bains ordinaires, l'accord des auteurs manque d'unanimité :

Il en est des sensations et des réactions thermiques comme des goûts et des couleurs, et si Marcé indiquait une température moyenne de 28 à 30°, au-delà de laquelle les effets sédatifs se chan-

(1) Guislain, *Leçons sur la Phrénopathie*, 29e leçon, t. III.

(2) Baillarger Séance du 21 mars 1854, de l'Académie de Médecine, Compte rendu de la *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 140.

(3) Pelman, cité par Thomsen, *Rapport sur l'Hydrothérapie*, *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LV.

geaient en effets excitants et congestifs, Guislain assignait à cette température 25 à 30°; Luys, 35°; Magnan et Pécharman, 32°; Garnier et Cololian, 32 à 33°; Morel, de Mons, 28 à 34°, etc.

Très judicieusement, Rud-Arndt [1] fait observer qu'il est impossible d'imposer une même température pour le bain des malades, vu qu'agréable à l'un, elle peut être désagréable à l'autre; qu'il y a lieu, dans le cas d'une prescription du bain tiède, de s'en rapporter le plus possible, aux impressions ressenties par le malade lui-même, dans la limite de 28 à 34° centigrades.

Il est évident qu'à côté de cette sensibilité thermique propre à chaque sujet, les conditions de complexions, de sexe [2], de circonstances, de milieu et de saisons, devront guider le médecin dans l'appréciation des degrés caloriques que comporte le bain.

Millet [3], estimant que la température du bain tiède doit varier aussi avec la durée de l'application de même qu'avec l'agitation du malade, et, adoptant comme axiome que plus l'agitation est violente, plus le bain doit être froid et prolongé, assigne une température de 25 à 28° au bain de deux à cinq heures, de 28 à 30° aux bains plus prolongés, réservant le bain de 32 à 34° aux chétifs fébricitants et modérément excités. La température de 34° lui paraît être la limite maxima des bonnes conditions du bain. Il déclare qu'à 36° l'agitation n'est point calmée et que souvent même elle est accrue.

Nous estimons, pour notre part, qu'il y a lieu de tenir grand compte de ce fait relevé par Bottey, à savoir qu'à partir de 32° centigrades, en descendant l'échelle des températures, les applications hydriques commencent à produire une hypothermie plus ou moins notable, que déjà à 32° le bain possède une action nettement réfrigérante, et de voir là comme un critérium pouvant habituellement servir à délimiter, au moins, la température minima du bain très prolongé.

Ajoutons que si Traube a rapporté les effets sédatifs du bain

(1) Rud-Arndt, (Lehrb. der Psychiatrie, 1882).

(2) « La femme offre au froid une plus grande résistance que l'homme. Il y a chez elle, en dehors de la question d'entraînement, des raisons anatomiques et physiologiques, telles que tissu cellulaire sous-cutané plus développé, activité nerveuse et combustions exagérées, fonctions de la peau moins intenses. » Bottey.

(3) Millet, *Des bains prolongés chez les aliénés* (*Encéphale*, 1883, p. 287).

tiède à la soustraction de nerfs sensitifs à l'influence des agents excitants, on peut admettre aussi que *l'uniformité* des sensations obtuses, auxquelles il donne lieu, n'y est point étrangère. Le sommeil — comme l'ennui — naîtrait de l'uniformité, tandis que Winternitz [1] fait observer combien les successions constantes de froid et de chaud augmentent l'excitabilité nerveuse. » Est-ce le cas de rappeler ici l'influence qu'ont sur le sommeil la mise en jeu monotone de divers autres sens : le bruit de chaussée, de cascade, certaines récitations, la contemplation des espaces vastes et uniformes, le rithme égal du bercement utilisé par Cœlius Aurélianus pour apaiser la folie, etc. ?

D'autres auteurs ont essayé de les expliquer par des variations de la pression sanguine, sans autre base que les résultats expérimentaux peu concordants de Féré [2] et de Rosse [3], qui admettent, l'un l'abaissement, l'autre une élévation de la pression, de Tschlenoff [4] pour qui cette pression est peu sensible ou nulle.

A l'imitation de M. Trenel, nous nous arrêterons avec intérêt aux expériences de Schüller, d'après lesquelles le bain froid, après une courte dilatation des vaisseaux cérébraux, donne lieu à une forte constriction avec affaissement du cerveau, tandis que les bains chauds entraîneraient une constante dilatation de ces vaisseaux. A l'ischémie cérébrale correspondrait l'effet sédatif, à la dilatation vasculaire l'effet excitant.

Une très large part d'action nous paraît devoir être accordée au fait même de la prolongation du bain, c'est-à-dire à la mise en contact durable de l'eau avec la peau et les éléments nerveux qu'elle renferme. Et s'il en était ainsi, nous pourrions voir revivre le fond, sinon la formule primitive, de la doctrine pathogénique de Pomme.

Dans son important traité d'hydrothérapie médicale M. Bottey n'hésite pas à accueillir semblable théorie qu'il tient d'Heymann, et d'après laquelle les effets calmants du bain chaud, comme ceux

(1) Winternitz, cité in Kneipp, *Journal* 1899, p. 33.

(2) Féré, *Pression artérielle dans les paroxismes épileptiques*, Société de biol., 1889.

(3) Rosse, *Berliner psych. Verein*, 15 mars 1902.

(4) Tschlenoff, *De l'influence de la pression sanguine dans l'hydrothérapie*. Résumé in *Deutsch med. Woch.*, 1899, 436.

qui se montrent après l'enveloppement dans le drap mouillé, tiendraient au gonflement humide et au relâchement de l'extrémité périphérique des nerfs. « Dans le cas de l'enveloppement humide l'effet est d'autant plus énergique que la température du corps est plus élevée au moment de l'application, l'irritation des nerfs sensibles de la peau influence, par voie réflexe, les organes de la circulation des sécrétions et de la respiration. Lorsque le drap mouillé a atteint la température du corps, la surface cutanée se trouve comme plongée dans un bain de vapeur; or comme le corps ne peut presque rien perdre de son calorique par évaporation, toute la chaleur s'accumule à la surface externe. Grâce à cette chaleur, on voit disparaître l'irritation produite sur les nerfs cutanés par la première impression de froid; c'est pourquoi même en prolongeant la durée du maillot jusqu'à ce qu'il provoque la sueur, aucun désordre n'est à craindre [1] ». Avec le bain chaud (33° à 36°) « l'excitabilité nerveuse périphérique et centrale est notablement diminuée sous l'influence de ce procédé, lorsqu'il est assez prolongé. *Les nerfs périphériques deviennent humides, non pas parce que la peau absorbe du liquide, mais parce que le bain empêche la perspiration et l'exhalation insensible de la peau et qu'il y a arrêt dans la production de la sueur : le bain agit, dans ce cas, par le même mécanisme que le maillot humide* » [2].

N'est-ce pas là du Pomme rajeuni et amélioré parce que accommodé à des ambiances doctrinales et terminologiques nouvelles ?

Pomme avait écrit : « Je dis que la cause prochaine et immédiate des affections vaporeuses doit être attribuée au raccornissement du genre nerveux. Si le terme choque par sa nouveauté et que l'on exige de moi une explication qui le caractérise plus complètement, je dirai que la sécheresse des membranes et des nerfs forme elle-même ce raccornissement qui seul produit tous les différents symptômes de la maladie que j'attaque. Pour exprimer ma pensée avec plus d'énergie, je me servirai d'une comparaison palpable : qu'on imagine un parchemin trempé, mou et flexible : tels doivent être les nerfs dans leur état naturel. Les physiologistes savent que les tuyaux excrétoires des différentes glandes,

(1) Bottey, *Traité d'hydrothérapie*, p. 104

(2) Bottey, *ibid.*, p. 128.

dispersées çà et là, séparent du sang le suc qui arrose le tissu des nerfs, pour entretenir leur souplesse naturelle, et cette flexibilité qui les rend propres à exécuter librement leurs fonctions. Par un défaut de ce suc, le parchemin se roidit, et par une sécheresse totale il se raccornit. Tel est l'état des nerfs dans le cas dont il s'agit. Vouloir les rétablir dans leur première situation, c'est leur rendre l'humide dont ils sont dépourvus. C'est de cette façon que je prétends triompher de la cause que j'établis : la plus invétérée pourrait-elle y résister ? (1) »

Bain tiède prolongé et continu.

Il apparaît que Brierre de Boismont pût passer, aux yeux de ses contemporains, pour avoir conçu et réalisé une nouvelle appropriation du bain tiède à la thérapeutique de la folie. Sa réglementation précise du bain prolongé, la netteté des indications et des résultats annoncés, son autorité en matière psychiatrique ne pouvaient que s'imposer à l'attention des aliénistes de son époque.

On sait qu'en septembre 1847, Brierre présentait à l'Académie de Médecine de Paris un premier travail sur *l'emploi des irrigations et des bains prolongés dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie*, et que les conclusions en étaient :

1° Toutes les formes aiguës de la folie et de la manie en particulier peuvent être guéries dans un espace compris entre une et deux semaines ;

2° Le traitement à employer pour obtenir ce résultat consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues ;

3° La durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures ; elle peut être prolongée jusqu'à quinze et dix-huit heures ;

4° Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continues dans toute leur durée ; on peut les suspendre quand le malade est tranquille ;

5° Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans améliora-

(1) Pomme, *Traité des vapeurs*, t. II, préface, p. XVI.

tion marquée, il faut les cesser : on pourra plus tard les prescrire de nouveau;

6° Les bains doivent être donnés à la température de 28° à 30° c. et les irrigations à celle de l'eau froide;

7° De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations, est la manie aiguë. Viennent ensuite le délire aigu simple, le délire des ivrognes, la manie puerpérale et les monomanies tristes avec symptômes aigus; mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë;

8° La manie chronique avec agitation a été améliorée, mais n'a point guéri par ce traitement;

9° D'après les faits contenus dans ce mémoire, on peut donc affirmer que les guérisons des formes aiguës de la folie manie sont plus nombreuses et plus promptes que celles obtenues par les autres méthodes;

10° L'emploi des bains prolongés n'est pas nouveau dans la science, mais jusqu'à présent cette méthode, d'une application facile et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans les cas de l'espèce.

En 1848, l'auteur revenait sur son sujet, dans un article publié dans la *Gazette médicale* de Paris (N° du 23 mai 1848), et, sans modifier sensiblement les conclusions de son premier mémoire, consignait, en quelques propositions supplémentaires, d'autres résultats de son expérience :

1° Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative.

2° La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont occasionné la maladie;

3° Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu, à forme ataxique et avec refus de boissons, le traitement est sans efficacité;

4° Les bains prolongés et les irrigations nous paraissent avoir

été très utiles dans les affections hystériques et dans plusieurs autres maladies nerveuses avec excitation;

5° Les bains prolongés sont sans inconvénients; la fatigue qu'ils peuvent déterminer se dissipe avec rapidité; ils ne privent l'organisme d'aucun principe important et ne laissent point, après eux, ces débilitations profondes si souvent observées après les saignées abondantes et dont la démence a été, plus d'une fois, la terminaison fatale. »

Incontestablement, la méthode de Brierre accentuait l'importance et le développement, en durée tout au moins, de la pratique balnéaire tiède de Pinel et d'Esquirol.

Le bain prolongé de ces derniers devenait un bain très prolongé, dont la limite ordinaire se trouvait comprise entre dix et dix-huit heures. Mais, à cet égard, il est juste de déclarer que Brierre de Boismont a eu aussi des précurseurs, et sans insister sur les *balnei assidui* de Rufus et sur la pratique du bain permanent de Fabrice de Hilden, on ne peut s'empêcher d'accorder à Pomme d'avoir été, à l'origine de la psychiatrie moderne, l'initiateur ou tout au moins le rénovateur de la balnéation prolongée, voire même très prolongée, dans les névroses voisines de la folie — hystérie, hypochondrie, chorée — et dans la folie elle-même. C'est ainsi qu'à la page 28 de son *Traité des vapeurs*, t. I, il écrit : « Je tiens mes malades dans l'eau pendant plusieurs heures entières. L'orage, une fois calmé, je les fais sortir du bain, pour y rentrer le lendemain en les assujettissant pendant toute la durée du période, trois ou quatre heures par jour, quelquefois six et même plus, s'il le faut, suivant le raccornissement que j'attaque. » Et ailleurs (page 132, chapitre délire maniaque), à propos d'une longue et minutieuse observation *d'hystérie maniaque cum furore et audacia :* « Le bain me parut indiqué, dit-il; la malade y fut plongée en ma présence. Son indocilité exigea des efforts; mais bientôt on la vit se soumettre à l'action du remède. Sa voix, enrouée par les cris, s'éclaircit tout à fait, dans l'espace de *douze heures qu'elle resta dans l'eau*, et devint naturelle. On lui présenta alors à boire et à manger, ce qu'elle ne refusa que par coutume : on la presse, elle obéit. Des progrès aussi satisfaisants amenèrent le calme et ranimèrent l'espoir d'une famille désolée qui confia la malade à mes soins. *Huit heures de bain par jour*,

l'application constante d'un linge trempé sur la tête et renouvelé à chaque instant, emportèrent le délire dans l'espace de deux mois. Les règles parurent alors et la malade fut entièrement rétablie. »

A la page 59 du tome Ier, le même auteur cite le cas d'un délire hystérique à forme périodique qui nécessita « des bains de dix à douze heures pendant dix mois entiers ».

Tout cela est incontestablement de la balnéation très prolongée, aussi bien qu'il s'agit de véritables applications à des cas relevant de l'aliénation mentale.

Brocard n'est donc que partiellement exact quand il dit : « Nous avons vu Pomme prolonger la durée du bain pendant 15 à 18 et même 24 heures, dans les affections nerveuses telles que l'hypochondrie, l'hystérie et la chrorée, *mais personne* (avant Brierre de Boismont) *n'avait employé ce moyen dans le traitement de la folie.* »

Quand on lit, dans les œuvres de Pomme lui-même, que l'eau par lui appliquée, était « tiède ou agréablement froide », on ne voit guère comment aurait pu être instituée d'une manière plus conforme à la pratique même de Brierre de Boismont, la technique du bain prolongé.

En même temps que Brierre expérimentait et codifiait la méthode qu'il avait su si bien faire revivre, un autre médecin français, Turck (1), mettant instinctivement à profit la thermalité des eaux de Plombière dans des cas de folie, aboutissait à des constatations à peu près similaires. Toutefois la pratique du traitement différait: 1° par la composition hydrominérale et la thermalité naturelle de l'eau auxquelles l'auteur accordait une supériorité marquée sur l'eau commune ; 2° par la durée des bains dont la continuité prolongée pouvait, selon les besoins de sédation, atteindre parfois *quarante heures*, par l'absence de toute irrigation céphalique froide.

Les résultats signalés par Turck dans la manie furieuse concordent avec ceux de Pomme et de Brierre de Boismont.

A l'imitation de ce dernier, Guislain avait déjà fait, dès 1852, de nombreux essais de balnéation prolongée, comme en témoigne

(1) Turck, *Mémoires sur la nature de la folie*. 1845, *Essai sur le bain tiède*, 1861

son enseignement clinique, si documenté à cet égard : « Il (le bain prolongé) m'a procuré dans la manie aiguë des résultats avantageux. Dans beaucoup de manies tranquilles, quoique aiguës, il n'a produit ni bien-être ni guérison : ce sont plutôt les bains froids qui, dans de pareilles situations, fournissent le plus de succès. Quoi qu'il en soit, je considère les bains tièdes prolongés comme une grande ressource, comme des agents dont l'effet est très salutaire et rarement nuisible. Il ne m'a pas toujours été possible de faire prendre à nos maniaques des bains de onze à douze heures ; souvent j'ai dû limiter ce temps à cinq heures. Rien de plus surprenant que la facilité des maniaques à supporter ces agents et à s'y soumettre sans beaucoup de répugnance. Il y a des cas cependant où, après avoir pris les premiers bains, ces aliénés sont dans un état d'affaissement et de brisement des membres ; ou bien ils vous frappent par l'altération de leurs traits. Quelquefois j'ai vu des syncopes se déclarer. Mais, en général, lorsque les sujets sont vigoureux et que le mal est récent, ils supportent facilement ces moyens, et, ce qui plus est, ils s'en trouvent parfaitement bien. Parfois la chaleur de l'eau semble augmenter l'exaltation : j'ai vu des aliénés devenir agités sous cette influence ; mais ordinairement, le lendemain, ils sont beaucoup mieux. M. Brierre recommande de suspendre l'emploi des bains lorsque les malades en ont pris huit ou dix sans amélioration marquée. Il est certain que les médecins aliénistes ont modifié leur manière de faire, depuis que cet honorable praticien a fait connaître le résultat de ses succès. Qui jamais se serait imaginé que des maniaques eussent pu passer toute une journée dans un bain tiède sans qu'il y eût à redouter des symptômes graves ? Aussi est-on revenu aujourd'hui à l'usage de ces agents, avec accompagnement de douches légères. »

Faisant la part des indications et des contre-indications de la méthode, Guislain place parmi les premières : le jeune âge, une explosion prompte de la manie, une manie aiguë avec association de la mélancolie, une grande activité corporelle, la netteté dans les idées, un état continu, un cas récent, de fortes passions ; et parmi les secondes : l'âge avancé, l'état cachectique, un corps affaibli par la misère, une incohérence d'idées sans grande agitation, un affaiblissement progressif de l'intelligence, des symptômes paralysiformes et épileptiformes, des idées dominantes, des gesticula-

tions, un état chronique, des retours réguliers de la maladie, de la pâleur, de la maigreur, un pouls filiforme, des pertes utérines, la leucorrhée, l'absence d'agitation, de la concentration, un état comateux, un affaiblissement général. L'efficacité de cette pratique lui a paru se manifester surtout dans la manie aiguë et récente où « les bains tièdes ou chauds abrègent le cours de la maladie. »

En 1854, Casimir Pinel présente à l'Académie impériale de Médecine un mémoire sur le *traitement de l'aliénation mentale aiguë par le bain prolongé et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête.*

Il fait de cet emploi des bains et des irrigations la base fondamentale de la thérapeutique de la folie, déclarant ne pas borner la durée des bains à quelques heures comme la plupart de ses devanciers, mais les continuer, dans certains cas, pendant plusieurs jours. Quant aux irrigations, Pinel joint aux modes d'application déjà connus, quelques pratiques accessoires destinées à en rendre l'administration plus commode, plus sûre et plus complète ; c'est ainsi qu'il introduit l'usage d'un bonnet imperméable permettant d'arroser la tête sans que la face et le cou soient mouillés.

La température du bain ne doit, suivant lui, qu'exceptionnellement excéder 35° ou rester inférieure à 30° centigrades. Il emploie les affusions et les irrigations avec de l'eau à 20°, 15°, à 10° et au-dessous, qu'on refroidit à volonté mais d'une manière lente et progressive, afin d'épargner au malade une sensation trop pénible.

Sur 157 malades atteints (38 de lypémanies, 20 de délire sans mélancolie, 21 de délire suicide, 10 de delirium tremens et 5 d'érotomanie), 125 auraient été guéris au moyen de bains prolongés ; 25 rechutes seraient survenues, dont plusieurs auraient cédé à la reproduction du traitement. Quant aux 32 cas rebelles, 16 offraient, par la période d'âge, une condition défavorable à la guérison ; 21 sur ces 32 cas, avaient éprouvé, d'ailleurs, une certaine amélioration (1). »

En 1860, Morel, tout en acceptant le principe de la méthode de Brierre, en rapporte les bons effets plutôt *à la continuité*

(1) Séance du 21 mars 1854 de l'Académie de Médecine, Compte rendu de la *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 110.

de l'emploi du bain qu'à *la continuité du bain* lui-même, qu'il donne à la température de 27 à 30° R : « Il est un fait à remarquer, dit-il, c'est que, quel que soit, en général, l'effet sédatif des bains, il est rare que les aliénés agités en obtiennent immédiatement le soulagement qui suit l'usage des bains dans les maladies inflammatoires. Ce n'est qu'après un usage continu que la sédation arrive. Dans les affections récentes, on peut prescrire des bains d'une heure, de deux heures, soit tous les jours, soit tous les deux jours. Dans les cas chroniques, il faut plus de réserve, comme le fait justement observer Guislain... Le peu de succès des bains de courte durée chez les aliénés agités a inspiré à M. le docteur Brierre de Boismont l'emploi des bains prolongés... J'ajouterai, à propos de l'emploi des bains prolongés, que les grandes agitations des maniaques ne sont pas toujours l'indice d'une force de résistance corrélative dans les dispositions organiques. Après un bain prolongé, on voit souvent ces malades pâlir, s'affaisser sur eux-mêmes et montrer des tendances congestives ; des fluxions peuvent s'établir aussi vers d'autres organes, et notamment vers les poumons. Je suis cependant loin de blâmer l'emploi des bains prolongés. J'ai cité les indications et les contre-indications (celles déjà signalées par Guislain) ; *je me suis généralement bien trouvé d'employer un moyen terme et de ne pas prolonger ces bains au-delà de cinq à six heures*(1). »

Ailleurs, Morel parlant plus spécialement de l'application du bain tiède prolongé à la période d'incubation de la folie héréditaire, ajoute : « Je tiens à signaler, à ce moment, les immenses avantages que j'ai retirés des bains tièdes prolongés et de l'hydrothérapie, lorsque j'ai été consulté dans cette période prodromique où s'organise la folie. » Et l'auteur répondant aux reproches faits au bain tiède d'affaiblir démesurément les malades, leur oppose la remarque faite par le docteur Sandras, disant que, « dans l'état nerveux, on ne risque rien de le répéter fréquemment, les malades gagnant en général plus de force par le calme du système nerveux qu'ils n'en perdent par l'effet débilitant du bain(2).

Brocard, dans l'une des conclusions de sa thèse, résumait ainsi

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 776, 777.
(2) Id., *ibid.*, p. 595.

la pratique de Saint-Yon : « Les bains prolongés pendant dix-huit et vingt-quatre heures, comme les emploie M. Brierre de Boismont dans les affections qu'il désigne sous les noms de manie aiguë, de délire aigu simple, délire des ivrognes, manie puerpérale; monomanies tristes avec symptômes aigus, seront heureusement remplaces par des bains de quatre heures de durée, suivis d'une affusion froide. Ces moyens ont l'avantage de ne pas produire un affaiblissement aussi considérable, d'amener une sédation plus prompte et de rendre le malade moins impressionnable à l'action du froid. Sous l'influence de ce traitement, l'agitation a cessé ordinairement après six, huit ou dix jours au plus; et pour remonter les forces des malades, pour améliorer leur constitution, nous les avons soumis à la douche et aux affusions froides associées ou non aux toniques et aux ferrugineux, selon les indications. »

Marcé reconnaît pleinement la réalité des résultats de la méthode prônée par Brierre, mais son application lui semble devoir être moins étendue, aussi bien dans ses indications que dans la durée même du bain tiède (28 à 30°) : « La méthode, dit-il, employée dans toute sa rigueur est loin d'être exempte de danger. En donnant à des malades fort agités des bains de dix-huit heures, on détermine quelquefois un tel état de faiblesse et de prostration, que de grands accidents peuvent en résulter, et que les sujets épuisés peuvent mourir sans que leur surexcitation se soit un instant calmée. A moins de circonstances exceptionnelles, je n'oserais donc pas conseiller un bain d'une journée ou d'une journée et demie ; au bout de trois ou quatre heures de durée, même dans les cas graves, un bain tiède a épuisé son action sédative, le reste est inutile ou dangereux... On doit en user avec sobriété chez les individus âgés, affaiblis par la misère et les privations, et présentant une tendance au délire chronique plutôt qu'une excitation nette et franche ; mais chez les sujets jeunes et vigoureux, quand la manie est récente et a fait brusquement explosion, quand l'insomnie est très marquée, on insistera sur l'emploi de ce moyen qui diminue l'éréthisme général, ramène le calme et le bien-être, rétablit le sommeil, rafraîchit la peau inondée de sueur [1]. »

Baillarger considérait les bains tièdes comme le principal

(1) Marcé, *Traité pratique des Maladies mentales*, Paris, 1862.

moyen de traitement de la manie, dans le cas de délire récent et aussi à toutes les périodes de la maladie. Entrant plus pleinement que Morel dans les vues de Turck et de Brierre de Boismont, il estimait que ces bains, pour être efficaces, devaient être prolongés au moins plusieurs heures chaque jour, et même portés à une durée de 8, 10 et 12 heures chez les malades de bonne constitution et se nourrissant bien : « Le docteur Turck, ajoute-t-il, a publié des observations qui n'ont peut-être pas suffisamment fixé jusqu'ici l'attention des praticiens, et qui sembleraient prouver qu'on peut non seulement sans danger, mais avec de très grands avantages, donner des bains tièdes beaucoup plus prolongés encore. Ce médecin n'a pas craint de laisser les malades au bain pendant plusieurs jours de suite. Je n'ai jamais prescrit des bains aussi longs, mais tout récemment encore j'ai constaté combien il peut être utile de persister longtemps dans l'emploi de ce moyen. Une dame atteinte de manie depuis cinq mois a pris des bains de dix heures pendant six semaines ; alors seulement il se manifesta des signes évidents de faiblesse ; les bains furent suspendus, et le délire, qui avait graduellement diminué pendant les six semaines de traitement, disparut tout à fait, trois semaines après. Il est très important que le bain soit maintenu à la même température, qui peut varier de 28 à 30° centigrades. Pour diminuer la fatigue des malades on peut disposer dans la baignoire un petit siège recouvert d'un coussin rempli de varech. Un autre coussin suspendu à la paroi de la baignoire permettra de s'appuyer commodément. Les maniaques s'habituent vite à ces bains prolongés et les supportent bien, si l'appétit est conservé et si l'alimentation est suffisante. Il n'y a aucun danger à redouter de ce traitement quand la manie est tout à fait établie, après le premier mois, par exemple. Il y aurait plutôt à craindre, tout à fait au début, lorsque l'insommie est complète, qu'il y a refus d'aliments et qu'on peut redouter la transformation de la manie en un délire aigu rapidement mortel [1]. »

On voit, par cette citation, combien Baillarger était entraîné à accorder crédit, non plus seulement au bain prolongé de Brierre

(1) Baillarger, *in Traité des Maladies mentales de Griesinger*, 1840, note de la p. 540.

le Boismont, mais à cet autre, plus prolongé encore, qui était le produit des conceptions et des observations très personnelles de Turck.

Mais il était réservé à Bonnefous, de Leyme, d'accentuer, plus encore que ne l'avait fait Turck, la durée du bain tiède et de créer, avec des indications nouvelles, le bain très longuement prolongé et continu.

Œuvre du hasard et non d'une résolution préparatoire et mûrie, le bain continu fut, pour la première fois, imposé à Bonnefous par les circonstances d'une brûlure profonde survenue chez l'un de ses malades atteint de délire ambitieux avec agitation incoercible : « Que faire, en présence de ces plaies graves? rapporte l'auteur. Quel pansement appliquer, ou mieux maintenir, en cet état d'agitation désordonnée et incessante? La camisole m'a toujours répugné; sans la proscrire en principe, je ne l'emploie jamais. Je n'espérais d'ailleurs pas qu'elle résistât aux efforts du malade; je ne doutais pas qu'elle dût l'exciter davantage. Je cherchais, hésitant et inquiet. Une religieuse présente m'impatientait en me demandant sans cesse ce qu'il fallait faire. Moins avec un parti arrêté que pour me débarrasser de cette obsession, je prescrivis de mettre le malade au bain. Je l'y revis, le soir, se trouvant bien, et l'y maintins. Le lendemain, l'état persistait satisfaisant, il y avait eu du sommeil; plusieurs bons repas avaient été suivis d'une digestion parfaite; je ne songeais pas à modifier la position, n'ayant, après tout, rien trouvé de mieux à lui substituer. Bref, par un entraînement non prémédité de tous les instants, le bain fut continué, non interrompu, sans parti pris, *durant quinze fois 24 heures*.

Au bout de ce temps, le malade sortit de la baignoire, le délire persistant encore à un certain degré, mais non agité, et conservant seulement un peu de loquacité. Les brûlures étaient cicatrisées, ne laissant que de la raideur des doigts. La double guérison se compléta rapidement et le malade put être rendu à sa famille considéré par moi comme guéri » (¹).

Le second cas observé par Bonnefous intéresse un délire alcoolique extrêmement violent survenu comme complication d'un phlegmon gangréneux traumatique : « Le fait précédent était alors

(1) Bonnefous, *Annales Méd. Psychol.*, 1869, t. I, p. 434.

récent, rapporte-t-il, et son souvenir m'inspira la pensée d'opposer un bain continu, *d'une durée indéterminée*, tant à l'état mental qu'à la lésion physique. *Le bain dut être continué, cette fois, pendant 21 jours*, et son résultat fut aussi heureux » (1).

Et l'auteur arrivant à l'exposé général de sa médication ajoute : « Deux faits semblables, à court intervalle, devaient attirer mon attention. Aussi je résolus de généraliser cette médication, deux fois heureuse, en des cas extrêmement graves, presque désespérés. Très naturellement, je dus l'employer d'abord contre les formes analogues de l'aliénation mentale, c'est-à-dire contre *la manie violente et agitée*. Je puis affirmer qu'elle m'a réussi très généralement, qu'elle m'a donné des guérisons plus nombreuses et plus rapides. Cette observation est constante et voilà cinq années écoulées depuis mes premiers essais qui remontent au commencement de 1864. La santé physique des malades se fortifie très communément, et ils quittent l'asile avec un embonpoint notablement augmenté : coincidence toujours heureuse qui éloigne pour moi la crainte et, en fait, le retour trop fréquent, malheureusement, de nouveaux accidents.

D'ailleurs, je suis loin d'être toujours absolu dans l'emploi du moyen thérapeutique. Autant que possible, je veux dire alors qu'une agitation plus modérée ou avec des intervalles moins violents le permet, je suspends le bain de temps en temps durant quelques heures. Ou bien j'abandonne, le jour, le maniaque à son incohérence désordonnée, soit dans la cour générale, soit dans une cour isolée, et je réserve le bain pour la nuit seulement. J'insiste sur l'efficacité des bains nocturnes, qui m'a toujours paru beaucoup plus grande, qu'ils soient appliqués aux maniaques aigus ou aux crises maniaques intermittentes de ces nombreux malades, qui nous restent toujours, et incurables.

Ce moyen de traitement me permet désormais de supprimer tout moyen coercitif, une chose qui me tient fort à cœur.....

Plus tard, j'ai été conduit à appliquer l'usage des bains continus et prolongés aux paralysés généraux arrivés à cette période extrême de la maladie où ils s'achèvent dans le plus triste marasme. Je dois dire que ces malades sont rares à Leyme.....

(1) Bonnefous, *loco citato*.

J'avais ressenti la plus douloureuse impression, en visitant des asiles moins heureux, au spectacle de ces trop nombreux grabataires, ne pouvant quitter leur lit en aucune façon et exposés, par le fait seul de l'immobilité, à des escbares multiples, à d'épouvantables suppurations consécutives. Je n'ai donc pas su me résigner à installer aussi des grabataires semblables dans mon service, lorsque les paralysés généraux s'y sont multipliés.

C'est pour ce motif que le bain continu et prolongé a été substitué, ou plus exactement associé au lit. Car je n'ai pu songer au moyen dont je vous entretiens qu'à la condition de le restreindre considérablement. Le bain était simple, primitivement, mais le bon sens m'a bientôt conduit à y ajouter du sel commun, conservant ainsi l'avantage recherché, avec le bénéfice supplémentaire d'une médication tonique. Ces nouveaux malades séjournent aux bains quelques heures, ou la totalité de la journée, puis sont replacés dans leur lit. Avec ce régime, j'évite les eschares; j'en ai vu même guérir plusieurs fois qui existaient larges et profondes au moment de l'entrée. En tout cas, elles ne progressent que peu ou pas.....

Je vous dois maintenant quelques détails sur l'administration même de la médication : Le malade est placé dans une baignoire de force, cela est de soi évident. Le couvercle de nos baignoires ne les recouvre pas en totalité. Une large ouverture existe dans toute la largeur, à la partie inférieure, par laquelle les deux bras d'un gardien peuvent être introduits et jouer librement jusqu'au plancher de la baignoire.

Un siphon disposé au-dessus d'elle permet de faire couler sans cesse une goutte d'eau sur la tête, de la hauteur de trois ou quatre centimètres.

Je m'accuse de n'avoir pas constaté avec le thermomètre, d'une manière exacte, la température de ces bains. Ma règle est de faire donner l'eau au gré et à la convenance du malade...

La surveillance est incessante; le malade n'est pas perdu de vue un seul instant. Un gardien, toujours présent, doit changer la température de l'eau, dès que cela lui est demandé. Il a ordre de la refroidir, si la face devient un peu rouge. S'il est à craindre que le sommeil surprenne le gardien, surtout de nuit, cet inévitable inconvénient a dû toujours être conjuré par des rondes

nombreuses de veilleurs de nuit, puisque, je le répète, nul accident n'a été constaté.

Une chaise, munie d'un oreiller, est placée derrière la tête du malade, pendant la nuit, dans le but de lui procurer un sommeil plus tranquille. C'est un luxe non nécessaire, sinon superflu, car le plus souvent ces aliénés dorment très bien sans cette précaution.

L'alimentation est donnée abondante, à discrétion, aux maniaques. En dehors des repas réglementaires, il leur est servi un repas de nuit; et, sur leur demande, à tout instant, il leur est donné à manger. L'appétit est augmenté très généralement au profit du succès de la médication ; plus les malades mangent, plus je suis satisfait, car c'est toujours une condition excessivement favorable. Le régime alimentaire des paralysés généraux n'est pas sensiblement modifié, au contraire. Il se compose de gelées, de bouillons, consommés, de viande rôtie et de vins généreux, mais en quantité réduite et modérée. Toutefois, je crois avoir remarqué, chez ces malheureux ainsi traités, un fonctionnement meilleur, légèrement activé de l'appareil digestif.

Enfin la surveillance instituée s'applique tout spécialement à la défécation. Les matières fécales dures surnagent à la surface de l'eau et viennent se montrer aussitôt par l'ouverture existant au niveau de la portion antérieure de la baignoire. Le gardien renouvelle le bain immédiatement. S'il y a diarrhée, la contre-indication est absolue. Bien avant moi, et très heureusement, l'expérience avait prononcé sur la possibilité et l'innocuité du moyen thérapeutique dont j'ai fait un usage plus général dans ces dernières années. Je n'ai donc pas à lui apporter mon témoignage bien inutile. Je tiens cependant à constater devant vous, combien cette médication est facilement supportée par les malades. Aucune plainte, pourrai-je dire, ne se fait entendre ; après une suspension de quelques heures, le malade rentre dans le bain, volontiers et sans résistance. L'indocilité n'a été observée qu'au moment du premier bain, et alors elle tient moins au bain lui-même qu'à ce besoin instinctif ou inconscient de résistance, inhérent à l'état des maniaques agités. »

En 1883, Reinhard exposait une méthode de balnéation continue très peu différente de celle de Bonnefous et spécialement réservée

au traitement de plaies gangréneuses des fous paralytiques : « Le bain permanent, dit-il, abaisse la température, diminue la stase, accélère la circulation et favorise les modifications des tissus. De cette manière il arrive que les malades se sentent mieux, qu'ils deviennent plus tranquilles, que leur appétit est souvent accru et qu'ils dorment mieux. » L'eau utilisée avait une température de 30 à 31° R, et était additionnée de 60 grammes d'acide phénique. Elle devait être, en général, renouvelée deux fois par vingt-quatre heures, et plus s'il était nécessaire, par suite de défécation. Le malade étendu dans sa baignoire y était supporté par un drap disposé en forme de hamac.

Telle nous apparaît la méthode de balnéation continue, comme elle s'offrit fortuitement à l'ingénieuse inspiration de Bonnefous. Nous l'avons retracée dans tous ses détails importants pour n'en altérer en rien, même dans la forme, l'originale et pourtant si complète conception.

Bien qu'elle ne fût, en elle-même, qu'une déduction et une amplification des procédés de Brierre et de Turck, on se rend facilement compte qu'elle dût sembler excessive et d'une adaptation malaisée aux services manicomiaux de l'époque.

De fait, la méthode sédative du bain prolongé de Bonnefous resta longtemps sans adeptes — Reinhard excepté, — et en matière de bain tiède, on s'en tint, en France comme à l'étranger, à des applications courtes ou circonscrites dans les limites qu'avait assignées Brierre de Boismont.

Ainsi que ses compatriotes Fuerstner et Fedbauch [1], Krafft-Eding [2], Schüle [3], Pelman [4], ainsi que l'américain Kellog et les auteurs français Luys, Dagonet et Duhamel, Cullerre, Magnan, Régis, etc, Krœpelin se bornait encore, en 1893, à ne prescrire que les bains tièdes de 3 à 4 heures de durée, exceptionnellement d'une journée entière (Sérieux).

Toutefois, en 1898, et au congrès d'Heidelberg, le docteur Ernest Beyer faisait une première communication sur le rôle du bain permanent chez les aliénés. Il s'y déclarait partisan du bain pro-

(1) Fuestner et Fedbausch, *Rapport au congrès de Carlsruhe*, 1892.
(2) Krafft-Ebing, *Psychiatrie*, 1893.
(3) Schule, *Klinische Psychiatrie*, 1895.
(4) Pelman, *Psychiatrie Gulinbugs Realencyclopédie*, 1895.

longé durant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Le calme dû au bain rendait, selon lui, tout moyen de contrainte inutile Étaient justiciables de cette médication, les malades atteints d'eschares, de plaies superficielles, les malpropres, les malades qui se déshabillent, les destructeurs, la plupart des agités. Le bain permanent avait une action calmante presque spécifique dans la manie, beaucoup moins efficace dans l'excitation hébéphénique ou catatonique, meilleure, par contre, dans la paralysie générale [1].

Dès 1902, MM. Sérieux [2] et Kéraval [3] nous apprenaient que le professeur Krœpelin avait, lui aussi, définitivement adopté un système de bain prolongé qui, selon les besoins, pouvait être maintenu nuit et jour, et tant que l'exigeaient l'obtention du calme ou la disparition des phénomèmes pathologiques les plus inquiétants.

A l'occasion du remaniement architectural de l'ancien quartier de surveillance des agités d'Heidelberg, le maître allemand avait dit : « On donne couramment des bains prolongés, jour et nuit, pendant des semaines et des mois. Les malades mangent sur de petites tables placées au-dessus de la baignoire, y lisent, font du crochet, fument, etc. La nuit, on leur met sur la tête des oreillers en caoutchouc à air ou garnis de mousse de caoutchouc. Aux femmes on laisse la chemise, si elles le désirent. Les règles ne constituent pas un obstacle. La température de l'eau est maintenue à 34° c. Ces bains sont spécifiques de la manie, de l'agitation et surtout du délire aigu des paralytiques généraux : c'est là le remède héroïque du délire aigu. Très utiles dans le delirium tremens, quand on y associe de fortes doses de caféine, ils ne sont pas aussi satisfaisants dans la catatonie, bien que la plupart des sujets atteints de cette affection puissent y être soumis. C'est aux anxieux et aux épileptiques qu'ils sont le moins applicables. Les faibles et les paralytiques échappent, par la suspension dans l'eau, aux lésions, eschares et infections du décubitus : un drap formant

(1) Ernest Beyer, Cité par Sérieux in *Revue de Psychiatrie*, 1902, p. 131.

(2) Sérieux, *Traitement des états d'agitation par le bain permanent* (*Revue de psych.*, mars 1902, p. 127).

(3) Kéraval, *Traitement de l'alién. mentale par le bain continu* (*Progrès Médical* 3 mai 1902, 12 juillet 1902).

hamac constitue l'appareil de suspension. On ne force pas cependant les aliénés à rester malgré eux dans l'eau : on les laisse en sortir, sauf à recommencer, quelque temps après, en faisant intervenir la persuasion. Presque sans exception, on arrive à les y accoutumer. Jamais on ne recouvre la baignoire d'un couvercle; jamais on n'use d'appareils spéciaux de contrainte. L'assuétude peut être aidée au début par l'administration de sulfonal ou d'hyoscine. Les catatoniques sujets à des périodes d'agitation et dangereux pour la sécurité sont traités par l'enveloppement humide : on fait des séances de deux heures renouvelées, au besoin, à des heures d'intervalle, jusqu'à ce qu'ils acceptent le bain, ce qui, généralement, a lieu au bout de deux ou trois jours. On a soin d'interrompre cet enveloppement lorsque ce moyen, au lieu de calmer le malade en cinq ou dix minutes, l'excite davantage. Sans doute, c'est du restreint corporel, mais un restreint médical, considéré du reste comme tel par les malades et par le personnel.

Ce bain ne provoque pas l'arrêt du cœur. On observe bien, de temps à autre, des lipothymies contre lesquelles on a la caféine, le strophantus, le camphre, l'éther. La transmission de l'herpès tonsurans au moyen du linge est vaincue par la teinture d'iode. La furonculose guérit admirablement par le bain, on n'observe pas de refroidissements ni de brûlures graves. Naturellement le choix et l'éducation du personnel priment tout. Les agités se font un malin plaisir d'asperger les infirmiers; on les munit de vêtements imperméables.

En tout cas, ces petits inconvénients ne sont pas comparables aux agressions qu'ils avaient à subir de la part des aliénés enfermés dans leurs cellules et aux inventions dont ceux-ci n'étaient pas chiches, inventions dans lesquelles les matières fécales jouaient un rôle répugnant. Au surplus, l'action calmante de l'eau est presque instantanée. Il doit se produire, en l'espèce, de l'anémie du cerveau par dilatation des vaisseaux de la peau.

Dans le bain, plus d'entraves, plus de vêtements constricteurs, plus d'excitants extérieurs. Chaque malade étant entouré d'un box spécial qui sépare le malade sans nuire à la surveillance, c'est de l'isolement agréable, dans un milieu tiède, avec liberté des mouvements. Le sujet sort-il de l'eau, il s'y replonge aussitôt sous

l'influence du frisson qu'il éprouve au contact de l'air. La pratique des bains prolongés agit comme le lit, mais bien plus vivement. Et dans le bain, l'agité se met bien vite à manger. Avec ce système plus de violences, plus de coercitions, plus de cellules ; la surveillance est plus efficace. Il est indiqué lorsque l'alimentation n'agit plus, quand l'agitation est grave. C'est aussi le moyen le plus avantageux d'amener graduellement le malade à l'alitement ; on alterne.

Sans doute la dépense est assez forte, mais on n'a plus à redouter les dépenses occasionnées pour la destruction de la malpropreté, les constructions cellulaires. Et alors même que cela coûterait plus cher que les traitements antérieurs, c'est un progrès au sens de Griesinger, l'asile devant se rapprocher de l'hôpital (1). »

Certains autres détails nous sont fournis par M. Sérieux, qui les a lui-même saisis dans le service de Krœpelin : « Parmi les malades que nous avons vus, dit-il, il s'en trouvait qui étaient au bain depuis six mois, depuis un an, depuis dix-huit mois même. Les salles de bain, qui ne comportent pas plus de quatre baignoires chaque, sont aménagées d'une façon irréprochable : toutes les précautions sont prises pour éviter un accident. Les baignoires (de fabrication anglaise) en métal émaillé, ont le bord supérieur très arrondi. On n'a recours, pour assurer le séjour des malades au bain, à aucun moyen de contention, pas même au couvercle de coutil employé dans nombre de services de la Seine... Les rapports quotidiens du surveillant et de la surveillante mentionnent dans une colonne les noms des malades qui sont au bain, le jour, et dans une colonne les noms de ceux qui restent au bain la nuit. »

Nous emprunterons à M. Kéraval l'exposé méthodique des résultats des discussions qui, au congrès des médecins aliénistes allemands du Sud-Ouest (Carlsruhe, 2 et 3 novembre 1901) suivirent la communication de Krœpelin.

Deux courants d'opinion s'en dégagent :

« Et d'abord le courant défavorable.

M. Fuerstner. — Nos ancêtres avaient certainement raison en reconnaissant les bons effets des bains prolongés et je n'ai pas l'intention de méconnaître cette action chez certains malades. M. Krœpelin,

(1) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, LIX, 5 avril 1902.

qui n'est plus aussi partisan qu'auparavant du traitement par le repos au lit, y substitue des bains au besoin continus. Le personnel peu nombreux dont on dispose à Heidelberg peut-il s'accommoder à la fois d'une surveillance perpétuelle, à la fois des bains permanents? Sans doute M. Krœpelin élimine d'emblée un certain nombre d'états morbides, mais chez ceux même qu'il cite, tels les paralytiques généraux, le bain prolongé n'est pas si facile à pratiquer que cela. Il n'en manque pas qui ne se montrent pas si disposés aux bains, ni même au drap mouillé, que le prétend M. Krœpelin. Enfin ces bains sont une source inévitable de dépenses considérables. Pour qu'on puisse les faire accepter de l'autorité, il faut qu'il ne subsiste aucun doute quant aux résultats.

M. Schuele. — Il est impossible de souscrire à la balnéation systématique de tous les agités, comme moyen thérapeutique permettant de supprimer l'isolement temporaire. Est-ce d'ailleurs une méthode d'un emploi universel? Celui-ci se heurte à des difficultés dans le détail; des explications seraient à ce sujet désirables. Mon expérienee ne m'a pas appris que les agités rentrent, sans regimber, dans l'eau quand on les en prie, ou spontanément, alors qu'ils en sont sortis. Et puis, après tout, doit-on laisser les malades agir ainsi à leur guise? Sont-ce eux qui côtent les indications thérapeutiques? Et en quoi donc consiste l'action thérapeutique? Si, comme l'affirment les balnéothérapeutes, c'est la température de l'eau qui agit; si l'égalité de cette température, à quelques dixièmes près, représente le facteur physiologique modificateur du système nerveux; si c'est ce modificateur que nous visons dans les états d'excitation cérébrale, comment obtiendrons-nous le but voulu, en laissant le malade quitter le bain, y rentrer à sa volonté, et en ne surveillant pas plus exactement la température de l'eau? Enfin l'isolement est-il bien pour les malades un si grand malheur; en le pratiquant, le médecin attente-t-il aux droits de la liberté individuelle? Du tout. Ce qui le prouve, c'est qu'il y a des malades qui demandent à être isolés temporairement, à être à l'abri de l'agitation de la salle de surveillance. L'isolement passager, si, bien entendu, il est surveillé, ne lèse pas les aliénés. Par conséquent, soyons circonspects et ne nous aventurons pas à la légère dans les bains prolongés, toujours et quand même. Ils ne conviennent pas à tout le monde et partout.

Note favorable :

M. Alzheimer. — A Francfort, la méthode des bains continus se pratique sans aucune difficulté et elle est extrêmement utile. Depuis trois ans on l'emploie pendant le jour; depuis six mois on s'en sert aussi la nuit; de sorte que, maintenant, douze baignoires sont continuellement employées à ce service de jour et trois à ce service de nuit (dans les

salles de surveillance des femmes agitées). Cinq infirmiers ou infirmières sont spécialement affectés à cette pratique : quatre pour les bains de jour, un pour les bains de nuit. C'est surtout dans la folie périodique qu'on obtient les résultats les meilleurs, quant à l'évolution morbide. Chez un même sujet, tandis que les premiers accès avaient donné lieu à l'agitation la plus vive, à des destructions multiples, à de nombreuses violences, le dernier accès d'agitation a évolué avec une bien plus grande bénignité, par le traitement du bain continu. Des malades qui, jadis, avaient dû être isolés ou absorber des narcotiques, se calment à présent dans le bain. L'usage des narcotiques est rare ; des hypnotiques légers suffisent... Que l'on se représente l'aspect d'un quartier d'agités de jadis, le matin, avec ses paillasses éventrées, ses matelas déchirés, ses malades nus et grelotants, ses cellules barbouillées d'excréments, quelques précautions que l'on prît ; et, par contraste, le calme des malades au lit ou au bain, les couchettes en bon ordre, dans les chambres d'isolement ouvertes, on reconnaîtra que le traitement à l'aide du bain permanent constitue un progrès infiniment prospère. Qui l'a pratiqué ne veut plus s'en passer.

M. Bieberbach. — A Heppenheim, on donne, depuis un an, des bains prolongés. On n'a d'abord pas eu besoin d'installations spéciales, d'augmentations de personnel. Les résultats ont été de plus en plus favorables. C'est principalement chez les malades agités, aigus et chroniques, que l'on a enregistré l'évolution favorable des accès comparés à ce qu'ils avaient été auparavant. Les malades s'en sont, de leur propre aveu, mieux trouvés ; leurs relations avec leurs infirmiers ont été améliorées, ils ont moins détruit; de sorte que les dépenses occasionnées par les bains paraissent considérablement balancées. Le traitement leur donne, dès le début, de l'appétit ; ils diminuent moins de poids. On en peut donc conclure que les échanges nutritifs sont favorablement influencés par les bains prolongés.

« La note moyenne est donnée par M. Sander, plutôt éclectique, dans son mémoire intitulé : *Contribution au traitement des états d'agitation aiguë* (*Allgm. Zeitschrift für Psychiatrie*, LIXI, 5 avril 1902).

« A Francfort-sur-le-Mein, on pratique concurremment le traitement par le repos au lit, le drap mouillé, le bain. Le bain permanent est particulièrement indiqué dans les agitations graves. Il est d'une activité remarquable quand on peut le prolonger pendant la nuit. Et ce n'est pas seulement dans les cas aigus, c'est aussi dans l'agitation intercurrente qu'il réussit à merveille. L'hydrothérapie, ainsi comprise, supprime presque totalement les agents médicamenteux. Le bain permanent réduit l'isolement au minimum, mais il y a des cas dans les-

quels celui-ci représente le mode d'intervention le plus doux, le plus modéré. En ce cas cependant, on pourra peut-être encore l'éviter si l'on a un personnel suffisant, des installations architecturales appropriées. Cela dépend du nombre et du genre des malades à recevoir.

Dans le cas excessivement grave du délire aigu, où la vie du patient est en jeu, où aucun autre moyen thérapeutique n'est applicable, où des complications chirurgicales menacent l'existence, c'est aux moyens de contrainte mécanique qu'il faut avoir recours... Krœpelin affirme qu'en pareil cas le drap humide, toutes les deux heures, nuit et jour, lui suffit, mais qu'il se peut qu'il y ait des cas où la contrainte mécanique soit nécessaire. »

« Nous retrouvons, ajoute encore M. Keraval, le même thème sous la plume de M. W. Alter. Dans ses essais du traitement des aliénés sans la cellule et au moyen de l'hydrothérapie (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, XXV, N., XIII, mars 1902), il nous a fait connaître qu'il s'est proposé de régenter et d'améliorer des pensionnaires des deux sexes, qui, à raison de leur humeur, de leur excitation, de leurs idées délirantes, agissaient à peu près à leur guise : malpropres, violents, destructeurs, ils avaient été isolés en cellule. Il les fait coucher dans la salle du repos au lit et les calme avec des bains graduellement dosés d'une heure et demie, de deux, de trois heures, avec ou sans l'adjonction de narcotiques, et leur prescrit, au besoin, des bains de 6, 8, 10, 12, 14 heures, voire des bains permanents, de 36 à 48 heures. Il les rendait ainsi plus traitables, plus sociables, plus accessibles à l'alitement. Tant et si bien que sur les seize aliénés, qui représentaient presque le tiers du pensionnat, pas un seul maintenant n'est enfermé, isolé. Les médicaments ont été bientôt remplacés par le drap mouillé. Du 1er au 28 janvier 1902, il a été administré 174 bains de 2 heures, 41 bains de 4 heures, 14 bains de 6 heures, 111 bains de la journée, 18 bains de nuit, 531 enveloppements au drap mouillé, sans compter, bien entendu, les bains de propreté réguliers.

« Une baignoire pour six malades a seule été nécessaire, sauf neuf baignoires pour les 54 malades du pensionnat. La balnéation continue n'a pas eu d'inconvénients, bien qu'il s'agît d'aliénés chroniques et que 12 d'entre eux eussent des affections du cœur.

« La furonculose, qui, du reste, ne vient pas du bain, y guérit sans inconvénients. La baignoire peut causer des accidents du décubitus ; on le prévient, quand le bain doit durer plus de

quatre heures, en suspendant le patient dans une toile formant hamac au milieu de l'eau. La température de bain est de 34 à 35° c., et 36°, pour les faibles et les anémiques. Le bain donne de l'appétit ; cependant on a dû alimenter des sitiophobes. Le sommeil dans le bain est calme ; jamais on n'observe de l'insomnie chez les sujets soumis aux bains prolongés. On a soin de leur oindre de matières grasses les pieds et les mains, de garnir la baignoire, d'isoler les baigneurs les uns des autres par des paravents et d'assurer une surveillance permanente par un personnel de confiance ; il faut un infirmier pour quatre baignoires. Très rarement les malades sortent de l'eau de force ; généralement ils y restent tranquilles, tout en injuriant le personnel; plusieurs d'entre eux s'y occupent à lire, à des jeux de patience. Le drap mouillé, d'une température de 33 à 34° c., est l'agent sédatif et somnifère de premier ordre; il excelle principalement chez les paralytiques généraux qui sont agités et ne dorment pas; il est préféré par eux aux bains. Il agit mieux que ces derniers sur le sommeil, l'appétit, et supprime la sitiophobie. Les aliénés ne le regardent pas comme moyen de contrainte.

Ce régime d'hydrothérapie continue impose malheureusement une grande fatigue au personnel. Il a fallu, en l'espèce, un infirmier pour deux malades. Cependant les infirmiers s'y sont accoutumés, d'autant mieux qu'on a compensé les veilles fréquentes de nuit par l'augmentation des heures de sortie. »

En la même année 1902, Würth expose le résultat de sa pratique balnéothérapique et signale, entre autres choses, la possibilité des syncopes, au cours des bains de douze heures et de 36° centigrades. Il les a observés chez 23 malades sur 102; mais ceux-ci étaient des chroniques, (ce qui semble venir à l'appui de l'opinion de ceux qui voient dans la chronicité une relative contre-indication de l'emploi des bains prolongés). Ce bain de douze heures a procuré, en général, neuf heures de sommeil, et ce sommeil a paru très reposant; mais l'auteur a observé une véritable accoutumance l'obligeant à revenir aux médicaments somnifères et à l'isolement.

Après un mois de traitement par le bain ainsi prolongé, la diminution du poids des malades aurait été de 500 à 1000 grammes, avec des variations du matin au soir.

Au point de vue des conditions d'application du bain, Würth

utilise un couvercle de toile qui, sans emprisonner le cou des malades, et sans entraver leurs mouvements, recouvrant la moitié de la baignoire, les empêche d'en vider l'eau (1).

D'autres auteurs allemands sont venus apporter leur contingent d'observations, et, généralement, consolider l'œuvre thérapeutique déjà si hautement patronnée par Krœpelin. Comme on l'a vu, s'il est, parmi eux, quelques appréciations dissidentes, elles ne reposent guère que sur des difficultés d'économie et d'organisation. Et l'on peut dire que la doctrine de l'École d'Heidelberg touchant la question du bain prolongé dans la folie, reste conforme aux grandes lignes prévues et tracées par Bonnefous.

Dans la dernière édition (la 7e) de son traité des maladies mentales, Krœpelin n'ajoute guère aux indications balnéaires précédemment établies : toutefois, nous y trouvons signalés l'utilité des coussins en laine dégraissée pour soutenir, au bain, les malades faibles et perclus, et les avantages du procédé des enveloppements humides tièdes sur les bains prolongés, dans les cas d'agitation catatonique.

Son historique concis, trop concis, du traitement balnéaire dans la folie, signale que « les vieux aliénistes français ont, les premiers, employé les bains, de une ou deux heures, dans le traitement des affections mentales. »

Bain très chaud.

Au congrès de Bonn (1898), et à propos de la discussion du très remarquable rapport de Thomsen, Jolly (de Berlin) exprimait le désir de voir expérimenter les bains chauds dans les maladies psychiques, s'appuyant sur la pratique si variée qu'en font les Japonais.

Déjà Bartels, Naunyn, Topp et von Mehring ont observé que les bains chauds, à l'instar d'une fièvre artificielle, augmentaient les oxydations organiques et assuraient ainsi une médication pré-

(1) Würth, *Sur le bain prolongé, son mode d'emploi, ses résultats* (*Allgm. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1902, t. LIX, f. 5, p. 676). Cité par M. Trenel *in Rapport sur le Traitement de l'insomnie et de l'agitation*. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, de Bruxelles, 1903.

cieuse dans les cas où cette suractivité générale des échanges doit être recherchée.

En outre, R. Topp [1] a pu constater que les bains chauds de 40 à 45° c, précédés d'une aspersion préalable de la tête avec l'eau chaude, laissent après eux des sensations de fraîcheur, de délassement et de bien-être.

En 1887, Kellog [2] avait signalé l'utilité des bains chauds et courts (de 37° à 40°) dans les cas de folie caractérisés par de la stase vaso-paralytique et de l'hypothermie.

Thomsen [3] rapproche et assimile les bons effets de l'emmaillotement humide froid et des bains chauds peu prolongés ; mais il estime que le bain chaud est mieux indiqué chez les individus affaiblis, eu égard à la déperdition de chaleur et à la réaction que provoque l'eau froide.

Dana [4], tout en reconnaissant que le bain chaud favorise les échanges, qu'il active les fonctions de respiration et de circulation, qu'il détend les nerfs excités, produit un sentiment de calme et de langueur, signale la limitation nécessaire de leur utile emploi. Selon lui, la continuité des bains chauds produit la faiblesse, l'amaigrissement, l'accélération des battements du cœur, la nervosité, l'insomnie, et, ainsi, manque le but pour lequel on l'applique.

D'autre part, Alessi de Pise [5], faisant intervenir les bains aussi chauds que possible, et durant quarante minutes environ, dans le traitement de la simple neurasthénie, observe que les phénomènes d'excitation ainsi occasionnés disparaissent rapidement.

Dans cet ordre d'états dépressifs, les auteurs anglais ont tout spécialement appliqué les bains très chauds à la mélancolie, tout en constatant qu'ils sont mieux supportés quand une pratique froide les a précédés (Thomsen) [6]. En Amérique, le docteur Emmet

(1) R. Topp, *Presse médicale*, 1894, p. 79. *De l'influence des bains chauds sur l'organisme humain*, Extr. de *Therap. monatsch*, 1894, nos 1 et 2.

(2) Kellog, *New York medical Journal*, Oct. 15, 1887, analysé *in American Jnal of Insanity* (*January 1888*.)

(3) Thomsen, *Rapport au congrès de Bonn* (*Allg. für Psychiatrie*, 1898).

(4) Dana, cite par Roland Niles, *The american Jnal of Insanity* (*January* 1889, p. 444.)

(5) Alessi, *Mois médical*, 1905, p. 34.

(6) Thomsen, Rapport au congrès de Bonn.

C. Dent[1] emploie couramment les emmaillotements très chauds et les bains amenés graduellement à des températures très chaudes, déclarant que l'eau, sous ces formes, agit comme hypnotique et sédatif, qu'elle est d'un grand secours dans les psychoses où il serait imprudent d'administrer des drogues, qu'elle a aussi une valeur dépuratrice exceptionnelle : « Je remarque, dit-il, qu'après un bain, il y a invariablement production d'une plus grande quantité d'urine avec une augmentation très marquée de ses parties constituantes solides ; la grande quantité d'eau que le patient absorbe pendant qu'il est dans le bain ou dans le maillot provoque de la transpiration. Il faut bien reconnaître que les enveloppements chauds et les bains chauds peuvent épuiser beaucoup, mais une baigneuse habile et exercée voit facilement les signes du danger et retire le malade avant qu'il ne se produise rien de sérieux. Je suis encore à avoir un résultat funeste ou même simplement désagréable, quoique j'aie fait donner des milliers de bains ou de maillots. Sans doute nous rencontrons plus ou moins d'opposition chez les malades, mais il est bien rare qu'on ne puisse venir à bout d'administrer le bain. Si le malade résiste, on lui permet de voir les autres malades prendre leur bain et on emploie pour lui les procédés les plus doux. Le malade le plus méfiant, après un ou deux bains, se soumet volontiers au traitement et paraît même y prendre plaisir. Je fais donner le bain entre 10 heures 1/2 et midi, et entre 3 heures 1/2 et 5 heures 1/2 ; l'estomac est, à ce moment, à peu près libéré. »

Nous rapporterons l'une des observations fournies par l'auteur ; mieux que toute description, elle permet d'apprécier la technique d'un procédé apparemment intéressant et bon à être expérimenté :

R. B., âgée de 30 ans ; mariée, en période de lactation : début de la crise remontant à une semaine. Diagnostic : manie aiguë délirante et fébrile ; hallucination, agitation, pouls à 120, temp. 102 Fahrenheit (38°5 c).

« On la mit dans un bain de Sitz à 100° F. (37° c.) ; on lui appliqua de la glace sur la tête et un bandage froid autour du cou. On fit un massage sur l'abdomen pendant le bain, où elle resta vingt minutes, prenant, durant ce temps, une quantité considérable d'eau. Les symptômes de congestion cérébrale diminuèrent d'intensité. La malade fut

(1) Emmet C. Dent, *Hydriatic procedures as an adjunct in treatment of insanity* (*Am. journal of insanity*, july 1902).

retirée du bain beaucoup plus calme, quoique toujours délirante. Six heures plus tard, elle recommença à crier et à menacer tout le monde ; on eut de la peine à la contenir. On la mit dans un grand bain chaud à 100° Farh. (37° c.) que l'on porta graduellement à 112° (44° c.) Au bout d'une heure, le pouls devint faible et rapide, et comme elle semblait épuisée, on la retira du bain, on lui donna des toniques et on la couvrit de plusieurs couvertures de laine pour conserver la transpiration. Elle resta ainsi pendant deux heures, après lesquelles elle devint calme et dormit profondément, pendant plusieurs heures : les intestins et les reins fonctionnaient librement. Le second jour elle recommença à crier et à gesticuler, mais le délire était moins fort. Le grand bain chaud de 100° à 112° F. fut renouvelé ; elle se calma au bout d'une heure. On continua ces bains pendant trois jours, en moyenne 4 bains en 24 heures. Le 6 avril, le 3e jour après son entrée à l'hôpital, la malade était beaucoup plus calme, le délire avait disparu, quoique les hallucinations fussent toujours actives. Le 7 avril, plusieurs abcès se formèrent dans l'aisselle droite et au bras. Les symptômes maniaques continuèrent jusqu'au 28 avril. Pendant ce temps, on lui donna un grand bain chaud chaque soir, au moment du coucher, ce qui la rendait assez calme, pendant la nuit et le jour. Les sécrétions devinrent plus abondantes, l'intestin se régularisa et la peau devint active. Tous les symptômes toxiques avaient disparu dès le 2e jour après son entrée. Le 23 avril, elle fut transférée au quartier de convalescence et elle quitta l'hôpital le 2 juin, dans un état physique et mental excellent. Elle avait gagné 20 livres. »

Bain froid.

Après les vagues indications que fournit la littérature médicale ancienne sur l'utilité des bains froids dans le traitement de la folie, il faut arriver aux bains de surprise de Van Helmont pour trouver un emploi quelque peu méthodique de ce procédé. Mais le bain de surprise, justement condamné et rejeté par Pinel, ne saurait être réhabilité. Facteur de perturbation inconciliable avec nos mœurs, il fut, selon la remarque de Georget, « un de ces moyens violents qui peuvent produire quelques avantages dans des cas que le hasard fait seul connaître et qui, dans une foule d'autres, empireront le mal ou le rendront incurable. » On sait, en effet, et c'est à cela que Georget fait allusion, que certains cas d'immersion accidentelle en eau froide rapportés par maints

auteurs — Van Helmont, Goirand de Berne [1], Guislain [2] — ont été suivis d'un effet curatif extrêmement rapide.

Quant au bain froid ordinaire, on sait aussi qu'il était l'agent hydriatique préféré de Pomme et que cet auteur, de même que le petit nombre de ses partisans, l'employait à la fois contre les névroses et la frenésie.

C'est ainsi que Comte [3], d'Aoste, signale un cas de manie puerpérale avec agitation furieuse guérie en peu de jours par des bains frais prolongés avec application sur la tête de serviettes trempées dans l'eau froide. Mercadier [4], de Paris, relate aussi l'observation d'un mélancolique sitiophobe, qui, réfractaire au bain tiède, dut sa complète guérison à des bains froids et à des arrosements d'eau sortant du robinet.

Debaux, de Marseille, autre adepte du système de Pomme, eut même l heureuse idée d'appliquer le bain froid à la cure d'un cas de folie alcoolique aiguë, et sa tentative, couronnée de succès, se trouve relatée dans le *Traité des Vapeurs* en une fort intéressante et quasi inédite observation : Le malade (un officier de marine), sujet de 45 ans, fort, vigoureux et musculeux, avait été pris, à la suite d'excès alcooliques poussés jusqu'à l'ivresse, d'une fièvre violente avec agitation et délire extrêmes, sitiophobie, peau brûlante, sèche et comme écailleuse. Mis dans un bain froid, dans la soirée du 8e jour, à 6 heures, « il y fut retenu de force pendant une heure et demie, ayant toujours, pendant cet intervalle, la tête coiffée d'une vessie à demi pleine d'eau froide, renouvelée tous les quarts d'heure. A sept heures et demie, il sortit du bain, dont il avait dégourdi l'eau ; on le sécha avec des linges froids et on le remit dans son lit non échauffé. Il y grelotta pendant une demi-heure, après laquelle il se réchauffa peu à peu et s'endormit, ce qu'il n'avait pas fait un seul instant depuis plus de huit jours. Son sommeil fut doux et tranquille et sa durée de treize heures, pendant lesquelles il sua prodigieusement. A son premier réveil, dit Debaux, je lui fis prendre un bouillon à la viande, sur lequel il s'endormit tout de suite pendant dix heures, sua plus copieuse-

(1) Goirand, *Traité des Vapeurs de Pomme*, t. II, p. 141.
(2) Guislain. *Leçons sur la phrénopathie*.
(3) Comte, *Traité des Vapeurs de Pomme*, t. II, p. 318
(4) Mercadier, *ib.*, t. II, p. 302.

ment que la première fois, s'éveilla enfin, libre de toute douleur à la tête, parfaitement délivré de son délire et de ses convulsions, et fut en état de s'embarquer et de prendre le commandement de son vaisseau » (1).

Bien des années après, Pinel enseigne que « si le plus grand nombre d'aliénés de l'un et l'autre sexe reçoivent les soulagements les plus marqués de l'usage des bains tempérés, quelques-uns ne peuvent supporter que les bains froids. » Et de fait, le bain froid n'est pour lui qu'un procédé d'exception destiné à des malades intolérants à l'endroit du bain tiède, à des manies invétérées ou bien encore, comme moyen extrême, à quelques cas graves.

Georget se borne à recommander de ne point faire usage du bain froid, ainsi que de toute autre application froide, dans les périodes d'excitation.

Esquirol ne voit le bain froid indiqué que chez « les sujets fous robustes, dévorés par la chaleur et aussi chez les mélancoliques par onanisme ».

En Angleterre, si Feriar avait réservé le bain froid à la mélancolie, par contre, Fox l'employait dans la manie ; et telle était aussi, en Allemagne, la pratique d'Heinroth (cité par Guislain).

En 1852, les travaux de Guislain marquent, en psychiatrie, le début d'une étape balnéothérapique nouvelle, et l'on peut dire, ce semble, que cet auteur fut pour le bain froid, ce qu'avait été, pour le bain tiède, Brierre de Boismont.

« J'ai fait, depuis de longues années, écrit-il, un fréquent usage de bains froids, et je n'hésite pas à les considérer comme un des agents qui rendent de grands services dans le traitement de la manie. Ces modificateurs ont produit, sous mes yeux, les effets les plus heureux, des guérisons complètes, inattendues, alors que d'autres tentatives ont échoué. J'ai employé ces bains dans presque toutes les formes de la manie, mais il m'a semblé que c'est dans celle qui s'annonce par des accès qu'ils sont le plus utiles. Ils sont surtout indiqués dans ce que l'on appelle un état nerveux, chez des malades doués d'une constitution délicate, chez qui la manie éclate sous la forme de retour et présente des moments de calme, des accès de loquacité, de cris joyeux, lesquels se prolon-

(1) Debaux, *Traité des Vapeurs de Pomme*, t. II, p. 139.

gent pendant quatre ou cinq jours et sont remplacés par des intervalles d'affaiblissement, et qui, toutefois, conservent malgré leur exaltation beaucoup de netteté dans les idées. Ces bains sont nuisibles chaque fois que le regard du malade est stupide, que son intelligence est obtuse, qu'il a la face bouffie, les paupières opalines, infiltrées, chaque fois qu'on peut soupçonner des exsudations cérébrales. Je préfère les cas qui ont eu une certaine durée, des semaines, des mois, à ceux qui sont tout à fait récents. Plus d'une fois j'ai employé ces moyens sans aucun avantage pendant les trois premiers mois de la maladie, tandis que j'en obtenais un éclatant succès en les mettant en usage vers le sixième mois. Souvent je parviens en dix, en quinze jours de temps, à faire tomber tous les symptômes de la manie et avoir une convalescence au bout de trois semaines et plus promptement encore. Ce qui me porte à croire que le moment de revenir aux bains froids est arrivé, ce sont des intervalles, des demi-journées de calme faisant place à l'agitation, à la loquacité, au désordre des idées, une demi-maigreur, un aspect semi-cachectique de la face. J'ai ainsi guéri des manies qui avaient duré deux ans ; toutefois les cas chroniques proprement dits résistent généralement aux bains froids, de même qu'ils résistent à toutes les médications. J'ai obtenu d'excellents effets de ces bains, lorsque la tête était chaude et comme incandescente.

Ces agents sont donc directement curatifs, mais on ne réussit pas toujours une première fois ; il faut recommencer deux, trois fois, le traitement ; et il faut longtemps le continuer après la guérison du malade. Dans les maladies avec exacerbations périodiques, on observe parfois que, pendant quelque temps, le froid retarde l'apparition de l'accès. Alors on y renonce pendant huit à dix jours et on y revient jusqu'à ce que l'accès disparaisse définitivement. Dans cette lutte entre le remède et le mal, on persévère, on tient bon. Au bout de trois semaines, j'ai guéri des manies avec agitation, loquacité et esprit tracassier, en faisant tous les jours prendre ou boire froid dans l'intervalle du déjeuner ou du dîner. Quelquefois, après la seconde tentative, le patient présentait les traits les plus composés ; il était plus tranquille, plus soumis... L'eau est chauffée à la température de 14, 15, 16 et 17 degrés Réaumur. Le maniaque y reste d'abord 5 minutes,

puis 10, puis jusqu'à 25 minutes. Je prescris les bains tous les jours, deux fois par jour; j'en donne de jour à autre, trois fois par semaine; et suivant les exigences des cas, je les continue pendant plusieurs semaines. J'en ai administré jusqu'à 150 à un même malade. Souvent j'ai réussi complètement en faisant donner par jour trois bains froids de 12 à 15 minutes chacun, avec douches, alors qu'un seul était demeuré inefficace. Le malade, au sortir du bain, se livre, pendant une ou deux heures, à un exercice plus ou moins fatigant. Si la température atmosphérique est basse, il faut coucher le patient dans son lit, le couvrir chaudement, ne fût-ce que pendant une demi-heure, afin de donner à la peau le temps de se réchauffer. La précaution de frictionner la peau est importante; on ne saurait assez le recommander aux surveillants et aux gardiens. Elle trouve surtout son application pendant la saison automnale, à l'approche de l'hiver. En laissant la peau se refroidir, en négligeant d'y provoquer une réaction, on peut occasionner des douleurs rhumatismales, soit à la tête, soit ailleurs, des affections catarrhales, des douleurs sous-sternales, et, ce qui plus est, on risque de faire passer la manie à un état de démence incurable. Il faut surtout avoir soin de ne pas exposer le malade à l'eau froide, lorsqu'il est en transpiration. Le fréquent usage de ce remède, adapté à la différence de cas, m'a donné la conviction que c'est par son action sur la peau qu'il opère. Aussi longtemps que le malade n'a pas la peau rouge et fumante, après avoir été impressionnée par le froid, il n'y a guère lieu de concevoir la moindre espérance. Par la réaction qui s'établit, il se fait un dégagement de calorique et tout porte à croire qu'on enlève du sang une forte dose de sa chaleur.

Je ne dirai pas jusqu'à quel point cette soustraction de calorique contribue à l'effet thérapeutique du moyen employé, mais toujours est-il qu'en produisant une forte diaphorèse, on provoque une amélioration du moral. On ne perdra pas de vue que la calorification est sensiblement augmentée dans la manie. »

Guislain insiste, en outre, sur quelques précautions de la plus grande utilité ; et c'est ainsi qu'il recommande, par crainte d'accidents graves, d'amener progressivement le malade à l'usage du bain froid, après avoir fait un examen préalable de ses organes et

éliminé les affections cardiaques et pulmonaires. S'inspirant de la pratique de Brierre de Boismont, il débute souvent par le bain prolongé tiède et passe insensiblement au bain froid.

Le distingué médecin de Gand signale l'action des bains froids sur les menstrues que parfois il retarde ou supprime ; et, à cause de cela, l'indication de ce moyen lui paraît plus constante chez l'homme. Il met en garde contre certains effets paradoxaux du bain froid, particulièrement dans les manies mensuellement intermittentes où la prolongation et l'intensité de l'accès, l'aggravation apparente du mal sont le prélude du calme définitif qui amène la convalescence : « Le succès obtenu par ce moyen, dit-il, s'annonce par une tranquillité plus grande, par un retour aux habitudes, par le calme du moral. Le malade devient plus réservé, plus sérieux ; son sommeil renaît, son appétit cesse d'être vorace, son pouls se ralentit. »

Rarement les contre-indications sont formelles, si ce n'est dans l'état congestionnaire vrai de la tête, les affections de poitrine et surtout du cœur, l'âge avancé. Qu'il s'agisse de personnes disposées aux rhumes, aux rhumatismes, aux maux de dents, c'est au discernement, à la prudence et au sens clinique du praticien qu'il appartient de juger des indications afférentes à chaque cas ; mais Guislain fait observer que cette médication sera beaucoup moins certaine dans ses effets, lorsque l'excitation sera jointe à un affaiblissement de l'intelligence, lorsque, dans l'intervalle des crises, le malade aura l'esprit obtus, lorsque ses réponses continueront d'être empreintes de bizarrerie, lorsqu'il s'agira de manies avec obnubilation des idées et rêvasseries.

L'auteur ajoute : « J'ai obtenu le plus de guérisons chez les sujets jeunes. Dans les cas chroniques, les bains froids ne provoquent ordinairement qu'un bien-être momentané. Les cas résistants sont ceux qui sont rebelles à tout traitement : dans les cas aigus, c'est une exaltation excessive, ce sont des hurlements, des cris, une absence de toute intelligence. L'été m'a semblé plus favorable que l'hiver à l'emploi des bains froids. La résistance à ces moyens est parfois aussi inexplicable que celle qu'opposent les agents les plus efficaces. Je prends deux cas identiques : eh bien ! il réussira dans l'un et ne réussira pas dans l'autre. J'avoue qu'il faut, dans l'emploi de cet agent, du tact, une certaine habitude

surtout à distinguer les cas. Le critérium, l'indication à trouver, c'est l'exaltation qui s'annonce par des retours intermittents, c'est la manie avec lucidité, c'est l'impressionnabilité du sujet, l'absence d'un état congestionnaire. »

Enfin, d'une statistique où 45 cas de folie ainsi traités ont donné 17 guérisons, l'auteur croit pouvoir déduire que de tels succès « ont plus de valeur que ceux obtenus par le bain chaud, vu qu'ils portent sur des cas qui avaient eu plus de durée » ; et cela le « conduit à estimer l'action des bains froids comme plus directement curative, quoique beaucoup plus restreinte dans son application. »

Morel [1] réserve plus particulièrement la bain froid aux états névropathiques (surexcitation nerveuse, hystérie, hypochondrie) qui servent de prélude ou d'escorte aux diverses formes de folie, tout en déclarant qu'il « est des situations où, en dehors de ces états névropathiques proprement dits, l'immersion des malades dans un bain frais, et cela pendant un temps déterminé, peut amener une grande sédation. » Le bain froid prolongé au delà de quelques minutes lui paraît d'un « effet incontestable dans les grandes exacerbations, au début de quelques aliénations mentales avec manifestation d'irritabilité extrême, ainsi que cela se voit dans l'intoxication alcoolique, par exemple. » Et l'auteur cite le cas d'un jeune villageois de 19 ans, pris du délire maniaque à la suite de libations exagérés, et chez lequel il obtint, au moyen d'un bain froid d'une heure et d'affusions fraîches sur la tête, une sédation immédiate et définitive.

En 1864, Finkelburg [2], de Godesberg, à l'exemple de Jacobi [3], insiste sur l'efficacité de l'hydrothérapie en médecine mentale, et met en première ligne le bain froid sagement employé. C'est au bain relativement prolongé, d'environ dix minutes et à 12°, qu'il s'adresse dans les états d'excitation. Signalant le ralentissement du pouls comme phénomène constant au cours des applications, il fait ressortir les contre-indications qui sont : une disposition aux rhumatismes, l'hydrémie ou l'oligaimie qui favorisent les hémorrhagies après le bain.

(1) Morel, *Traité des Maladies mentales.*
(2) Finkelbung, *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie,* XXI, 506-1863.
(3) Jacobi, *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie,* Bd. xi

Albers [1], vers la même époque, prescrit les bains froids de 10° R. à des mélancoliques anxieux. Si son but a été de soustraire à ces malades un surcroît de calorique, il constate que l'effet obtenu est le sommeil, le repos et parfois une guérison complète.

En 1866, Reverchon [2] déclare avoir vu tirer un excellent parti du bain froid, dans des cas de délire maniaque intense, à titre d'agent antiphlogistique et sédatif du système nerveux ; mais il fait observer que sa durée ne saurait être prolongée sans danger, à cause de l'abaissement de température qu'il entraîne. Distinguant les effets stimulants des effets sédatifs du bain froid, il recommande de ne pas attendre la fin de la réaction pour sortir du bain, si on veut se borner à produire une action stimulante, à exciter la circulation et les fonctions de la peau.

Nous avons vu que, dans leur rapport général sur le service des aliénés (1878), MM. Constans, Lunier et Dumesnil constataient qu'il était fait usage des bains froids et chauds dans les asiles français : « Les bains froids, écrivaient-ils, se donnent soit dans des eaux courantes, soit dans des piscines, soit dans des baignoires. Ces derniers sont difficilement supportés ; ils deviennent dangereux même, à moins d'être très courts (5 à 10 minutes au plus) quand la température de l'eau descend au-dessous de 14°. Il est bon qu'avant de se soumettre au bain, les malades prennent une tasse de bouillon ou de chocolat, mais pas davantage. A la température de 10 à 14°, les bains froids de une à cinq minutes sont toniques ; les bains de 14 à 20°, de dix à vingt minutes, sont sédatifs au contraire, quand on évite de faire des mouvements. Les bains de 14 à 20° donnent de bons résultats dans les névroses convulsives et dans les folies maniaques. »

De nos jours, selon Blin [3], tandis que le bain tiède est généralement considéré comme convenant surtout à l'excitation cérébrale aiguë, c'est-à-dire aux états de congestion active, il est des auteurs qui voient aussi dans le bain froid un moyen très utile de provoquer une réaction psychique dans des formes prolongées de la

(1) ALBERS, *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1863.

(2) REVERCHON, *De l'Hydrothérapie appliquée au traitement des maladies mentales.* Thèse de Paris, 1867.

(3) BLIN, *in Traité de Thérapeutique appliquée d'Albert Robin. Traité des mal. mentales*, p. 119.

folie : « Ces bains froids, ajoute l'auteur, ont une température de 20°, 17, 15 même, et une durée de huit à dix minutes, avec application de glace sur la tête. Pendant et après le bain on donne un peu de vin au malade ; puis frictions et repos au lit. »

C'est là en particulier la pratique de Schüle ([1]).

Winternitz ([2]), au contraire, réprouve l'usage des bains généraux froids, à cause de l'intensité de leur action sur les centres nerveux ; toutefois il admet de courtes immersions faisant suite au demi-bain.

A tort ou à raison, mais surtout parce que la cure hydrothérapique froide est ici difficile à conduire, que capable de guérir les psychoses, comme l'assurent Jacobi, Guislain et bien d'autres, elle serait aussi apte à les développer, comme l'ont prétendu Erlenmayer ([3]), et Fleming ([4]), le bain froid a depuis quelque temps déserté, ou peu s'en faut, la thérapeutique psychiatrique.

Les rapprochements pathogéniques qu'offrent quelques affections mentales avec les états infectieux que combat la méthode de Brand ont maintenu, pourtant, quelques indications exceptionnelles. Tels sont, en particulier, certains délires alcooliques et le délire aigu.

Le 8 juin 1877, Féréol ([5]) communiquait à la Société médicale des hôpitaux de Paris un cas de délirium tremens dont la symptomatologie inquiétante lui avait suggéré la pensée de recourir, comme dans le rhumatisme cérébral, à l'action combinée d'une succession de bains frais et du bromure de potassium. Dès le second jour, l'agitation furieuse tendait à s'apaiser et la guérison survenait au bout du troisième.

Deux ans après, Rousseau ([6]), d'Auxerre, s'inspirait de cet exemple à propos de deux de ses malades atteints, l'un de délire alcoolique aigu, l'autre de délire aigu.

Chez le premier, fiévreux, halluciné, alternativement très agité

(1) Schüle, cité par Morel, de Mons. — *Traité clinique des mal. mentales*, 1888, p. 46.

(2) Winternitz, cité par Thomsen. (*Rapport au Congrès de Bonn*).

(3) Erlenmayer, *Med. Ztg. des Vereins für Heikünd in Prussen*. 1856, Nr. 20 und 29.

(4) Fleming, *Bericht über Sachsbengerg*, 1852.

(5) Féréol, *Communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris* (8 juin 1877).

(6) Rousseau, *Annales Medico-psychol.*, septembre 1880.

et stupureux, un bain frais prolongé de sept heures, avec compresses froides sur le front, commençait à rétablir le calme, était suivi d'une excellente nuit et finalement aboutissait à une très prompte guérison. Concurremment avait été prescrite une forte dose de bromure de potassium. Dans le second cas, présentant les caractères d'un délire aigu de date récente, le même traitement amenait des résultats à peu près similaires et définitifs.

Et Rousseau voyait dans ces guérisons inespérées une démonstration saisissante de la puissance des effets à la fois réfrigérants et hyposthénisants de l'eau, car tandis que le bromure, administré d'abord seul, n'avait en rien influencé l'agitation, on avait pu, par contre, observer que « la sédation du système nerveux s'était accomplie, séance tenante, à mesure que l'excès de calorique était soustrait à l'économie. »

En 1887, le docteur Theobald Kellogg[1] signalait aussi les indications du bain froid à l'égard des folies toxi-infectieuses aiguës. « Parmi les bains ordinaires, disait-il, le bain froid entre 40 et 60° Fahrenheit (4 à 15° centig.), bien que regardé comme procédé héroïque, peut être employé sans hésitation, tandis qu'on surveille avec soin le pouls et le thermomètre placé dans le rectum, dans les cas d'hyperpyrexie survenant au cours de la paralysie générale, de la crise épileptique, de la manie puerpérale et dans les cas de délire aigu. »

Le bain froid a été, plus récemment, employé avec succès et préconisé par Letulle, comme seul moyen pratique et simple de combattre le délirium tremens. Cet auteur utilise l'eau à 18° et en bains d'une durée de 12 à 15 minutes qu'on renouvelle toutes les deux ou trois heures, selon la gravité des cas, jusqu'à cessation complète et définitive du délire et de l'hyperthermie.

Les observations de M. Letulle montrent avec quelle promptitude agit un pareil traitement ; « cet effet tient parfois du merveilleux ». Toutefois il réclame une surveillance permanente de l'état des organes, du cœur surtout, car parfois la sédation nécessaire confine au collapsus. Dans l'un des cas que l'auteur signale, le collapsus vrai et une hypothermie de 33°, 7, suivirent un bain

(1) *Hydrotherapie in mental diseases New York* (*Medical journal*, octobre 15, 1887, cité *in American journal of insanity*. January, 1888, p. 414).

de 30 minutes, prolongé en raison d'une sédation lente à se produire.

C'est à cause de ces dangers que des auteurs tels que Ball, Chambard, Magnan et Sérieux [1], ont accordé leurs préférences, en pareil cas, au bain tiède.

La technique du bain froid adoptée par M. Letulle est des plus simples : Le malade est placé dans l'eau à 18° et y est retenu immergé jusqu'au cou, tandis qu'on a soin d'arroser sans relâche la tête, à larges flots, avec l'eau du bain.

Le délire aigu, symptomatiquement si proche des états typhiques, a paru devoir bénéficier, comme eux, des effets thérapeutiques du bain froid : Là, « l'hydrothérapie est indiquée, disent MM. Cololian et Garnier. Contrairement à ce qui a été dit pour les maniaques, les délirants aigus doivent prendre leur bain froid Le but thérapeutique est double : il s'agit d'abaisser la température et de calmer l'agitation. Dans le délire aigu, il n'existe aucune contre-indication relative au bain froid ; même si une complication pulmonaire vient aggraver la situation, il faut prescrire. N'a-t-on pas obtenu des résultats satisfaisants dans les bronchites et les congestions broncho-pulmonaires dothiénentériques? Seuls l'affaiblissement du cœur et du pouls, les irrégularités des battements cardiaques, enfin les signes de myocardite sont un obstacle. On baignera donc les délirants aigus toutes les deux ou trois heures, chaque fois que la température montera au-dessus de 38°, 5. Inutile d'ajouter que les précautions dont on use dans ces cas pour les typhiques seront respectées. Le malade ne restera pas plus de cinq minutes dans l'eau ; la température ne dépassera pas, pour la première fois, 25° centig. et ne baissera pas au-dessous de 18° c. Au sortir du bain, le malade sera essuyé, mais dans une couverture de coton ; on lui fera prendre une tasse de lait. »

Ajoutons que, l'an dernier, au Congrès de Pau, MM. Doutrebente et Marchand ont communiqué deux cas de délire aigu, au moyen de bains d'un quart d'heure de durée et à 28° centig.

Bien que désigné par ces auteurs sous le nom de bain frais, un tel bain rentre plutôt dans le cadre du bain tiède.

(1) Ball, Chambard, Magnan et Sérieux, cités par Salvant, Thèse de Paris. 1901. *Trait' pathogénique du délirium tremens fébrile par la balnéation froide.*

Bains généraux médicamenteux.

Parfois certains agents, empruntés au règne végétal ou minéral, viennent utilement compléter ou rectifier les effets d'une balnéation ordinaire. De là les bains médicamenteux.

Les bains généraux médicamenteux peuvent être distingués en : a) bains naturels, b) bains artificiels.

Aux premiers se rapportent les bains de mer et de sources thermales.

On sait l'usage que faisait Turck des eaux de Plombières dans le traitement de la folie.

De même le bain de mer est fréquemment mentionné par les auteurs comme ayant donné lieu à quelques indications psychiatriques en matière de prophylaxie.

Parmi les bains artificiels, nous rangerons en première ligne le bain sinapisé.

Guislain [1] signale que « Müller employait les bains tièdes rendus stimulants par une addition de moutarde ou d'hydrochlorate de soude. »

Dagonet [2] écrit : « Chez les mélancoliques plongés dans un état habituel d'apathie et dont les fonctions semblaient frappées d'une sorte d'atonie, nous avons administré avec avantage des bains aromatisés dans lesquels on avait fait dissoudre une assez forte quantité de sel ou qui contenaient seulement quatre à cinq poignées de farine de moutarde noire. »

En 1867, le docteur A. Laurent [3] publie le résultat d'observations minutieusement recueillies et desquelles il résultait pour lui que, dans les états dépressifs, les bains généraux sinapisés « aidaient à la réapparition de la spontanéité normale. »

Employés seuls, ils ne lui avaient pas paru suffire dans la mélancolie avec stupeur, mais ils complétaient davantage l'action du séton et renforçaient l'action du drap mouillé. En outre, les bains sinapisés amélioraient la démence simple et plus manifestement

(1) Guislain, *Leçon sur les phrénopathies*, t. II, p. 29.

(2) Dagonet, *Traité élémentaire des maladies mentales*, p. 658.

(3) A. Laurent, *Des bains généraux sinapisés dans le traité de la folie* (*Ann. Méd. Psych.* 4e série, t. IX, 25e année).

encore « la folie névrosique et la folie hystérique », dans laquelle le succès ne pouvait être douteux, quand l'altération mentale n'était pas ancienne. L'auteur rapporte la cure d'une paralysie générale à son début (Obs. III) et se sent porté à croire que les bains généraux sinapisés sont, à cette période, d'une grande efficacité. D'autres cas de guérison sont présentés dans les Observations 1, 2 et 4 de son mémoire, sous la désignation de folie hystérique et névrosique.

Ainsi que Ball, Luys (1) recommande, en dehors des bains tièdes prolongés, l'emploi du bain sinapisé chez les individus affaiblis, réfrigérés, chez les hypémaniaques en stupeur dont la sensibilité cutanée est émoussée. « Ces bains, dans lesquels on met d'habitude de 300 à 400 grammes de farine de moutarde, peuvent être prolongés pendant une période de vingt à trente minutes. »

Garnier et Cololian placent le bain sinapisé au nombre des agents balnéothérapiques pouvant être employés dans la mélancolie avec stupeur et dans l'accès mélancolique de la folie intermittente.

M. Chaslin (2) le voit aussi indiqué dans les états de stupeur, de confusion mentale, concurremment avec le drap mouillé sinapisé.

Morel (3), de Mons, tout en signalant que Neurington et Laurent ont recommandé les bains généraux sinapisés, nous apprend que Lœhr en a fait également usage sans avoir eu à se louer des résultats obtenus. Outre les inconvénients qu'ils offriraient pour les yeux des malades, leur action serait trop passagère.

A côté du bain de moutarde, considéré surtout comme agent de révulsion stimulante, viennent se placer les bains sulfureux et alcalins.

Garnier et Cololian (4) conseillent l'emploi des bains sulfureux et des bains de Pennès dans la mélancolie ; mais déjà Baillarger (5) avait dit : « Les bains sulfureux et les bains alcalins rendent de très grands services dans le traitement de la mélancolie, mais il n'est pas nécessaire de les faire prendre chaque jour ; trois bains par semaine suffisent. Assez souvent même on est obligé de les

(1) Luys, *Traité des maladies mentales.*

(2) Chaslin, *Traité de Thérap. appliqué.*— Albert Robin. *Thérap. des mal. ment.*, p. 20.

(3) Morel, de Mons, *Hydroth. dans les maladies mentales*, p. 45.

(4) Garnier et Cololian, *loco citato*, p. 285.

(5) Baillarger, *Traité des mal. ment. de Griesinger*, p 540,

suspendre momentanément, ou même de les remplacer, pendant quelques jours, par les bains simples, à cause de l'excitation qu'ils produisent. »

C'est en vue de donner à l'eau de ses bains prolongés une action tonique, que Bonnefous, de Leyme, y avait incorporé du sel marin. Et cette pratique, à la fois stimulante et antiseptique, devait donner de bons résultats chez des paralytiques généraux parvenus à la période de marasme, chez des cachectiques ou autres sujets atteints de lésions de décubitus, de plaies accidentelles, etc.

Plus près de nous, cette méthode des bains antiseptiques a été reprise par le docteur C. Reinhard (1) et remaniée par lui, conformément à des données thérapeutiques nouvelles. L'acide phénique a été substitué au chlorure de sodium, et le bain, d'une température de 30° R., est ingénieusement adapté aux besoins du malade. Celui-ci est suspendu et assujeti dans sa baignoire, sur un drap formant hamac; sa tête repose sur un coussin d'air bien fixé et ses bras sont maintenus par une alèse placée sous les aisselles. Et c'est ainsi qu'il passe des jours, des semaines, des mois, tandis que l'agitation s'apaise, que l'appétit se relève, que l'état général s'améliore. Avec le soin de maintenir la température uniforme du bain, de changer l'eau quand elle est souillée par les déjections et les déchets organiques, il ne reste qu'à se parer contre les contre-indications au traitement par les bains permanents, lesquelles sont : une agitation motrice violente, des convulsions continues graves et les débuts du collapsus.

Pour être assez complet, je signalerai, en outre, les bains aromatiques utilisés par maints auteurs, notamment par Guislain, et, plus récemment, par M. Mairet (2) qui les conseille dans le traitement de la paralysie générale.

Enveloppement humide froid.

Ce procédé était indiqué par Jean Floyer, au XVIIe siècle, mais son appropriation à la cure de la folie n'apparaît que bien après.

(1) C. Reinhard (*Allgm. Zeitsch. für Psychiatrie*, XXXIX — 3).
(2) Mairet, *Traité de thérap. appliquée*. — Albert Robin, p. 105.

Dans son traité des Vapeurs, Pomme préconise l'emploi d'un linge trempé dans l'eau froide, en applications générales ou partielles, et nous savons que ses *vaporeux*, hystériques et hypochondriaques, sont maintes fois des vesaniques avérés. A l'instar du Maître, Lebrun [1] de Pignans peut écrire à l'un de ses contradicteurs : « La première fois que, dans votre pratique, vous rencontrerez quelque femme attaquée de suffocations hystériques ou de quelque autre accès de pareille nature, appliquez sur son corps nu un linge trempé dans l'eau froide, et vous verrez si, comme par enchantement, le paroxysme ne cesse pas. » Et, à propos d'un cas qu'il cite lui-même, l'auteur, précisant sa technique, déclare « avoir fait tremper dans l'eau froide un linge plié en quatre pour recouvrir le corps depuis la tête jusqu'aux pieds. »

Malgré la vogue de Priesnitz qui faisait si largement usage de l'enveloppement humide, ce n'est qu'en 1850 que nous retrouvons cette pratique inscrite dans la littérature psychiatrique française. A ce moment, Dagonet [2] la mentionne comme une méthode de traitement pratique et nouvelle, instituée à Maréville, d'après les indications de son maître Morel, sous la désignation de bain sudothérapique.

La guérison complète de deux cas de folie stupide avait été le résultat de ce procédé, employé ainsi qu'il suit : « On dispose dans une chambre convenablement chauffée le lit sur lequel doit être placé le malade, et qui se compose d'un oreiller et d'un matelas recouvert, dans toute son étendue, d'un drap légèrement mouillé. Le malade, étant complètement déshabillé, on prend une éponge imbibée d'eau froide, si c'est en été, ou bien de la neige, si c'est en hiver; puis on frictionne rapidement toutes les parties du corps jusqu'à ce qu'il s'établisse une légère réaction vers la peau. Ce premier temps de l'opération exige beaucoup de dextérité dans les mouvements. L'individu est aussitôt posé sur le lit et enveloppé de tous côtés par le drap mouillé; la tête seule, bien entendu, reste à découvert. On recouvre immédiatement d'une couverture, puis d'un duvet, et enfin d'une seconde couverture repliée en dessous, de sorte que le malade hermétiquement enveloppé, ressemble assez bien à une momie égyptienne. Une

(1) In *Traité des vapeurs de Pomme*, t. II, p. 40.
(2) Dagonet, *Annales, méd. psych.*, 1850, p. 342.

heure et demie, deux heures environ, suffisent, en général, pour provoquer une abondante diaphorèse, surtout quand cette médication est employée depuis quelques jours ; il faut avoir soin, pendant ce temps, d'apaiser, avec une boisson tiède, la soif qui ne manque pas de se produire. On procède ensuite au troisième temps de l'opération : Il consiste à sortir le malade de ce bain de vapeur, à le frictionner de nouveau, comme au commencement, avec une éponge imbibée d'eau froide, et, mieux encore, avec un drap trempé dans l'eau froide et dont on enveloppe entièrement le malade en le frictionnant vivement, surtout vers la poitrine et le long de la colonne vertébrale, et on l'essuie aussi complètement que possible. Ces bains doivent être répétés, d'abord tous les jours, chez les individus atteints de stupidité, puis à des intervalles plus prolongés. »

A cela ne se bornaient pas, dans les pratiques de Morel, le mode d'emploi et les indications de l'enveloppement humide : Du drap mouillé suivi de réaction sudorale, Morel [1] avait fait un agent toni-sédatif utilisé dans l'hystérie, l'hypochondrie, à la période d'incubation des maladies héréditaires ; mais, de plus, par un moyen lui permettant d'éteindre la réaction à mesure qu'elle se présentait, il avait su réaliser des effets d'une énergie comparable à ceux de la balnéation froide : « Dans une autre circonstance, rapporte-t-il, ne pouvant organiser un bain pour une pauvre villageoise en proie à un grand délire maniaque, trente-cinq jours après ses couches, je la fis envelopper de draps mouillés pendant une demi-heure, *ayant soin d'entretenir l'humidité par des aspersions d'eau fraîche*. En sortant cette femme de ses enveloppes, j'avais soin de la frictionner pendant quelques minutes avec un drap sec, car la prostration était extrême et la réaction à la peau aurait tardé trop à s'établir. Ces bains frais, d'une demi-heure à trois quarts d'heure, continués pendant huit jours, amenèrent une sédation complète. Le même moyen me réussit admirablement dans une chorée aiguë.... »

Ces modes d'applications de l'enveloppement humide, déterminant soit des effets toni-sédatifs, soit des effets purement et plus complètement sédatifs, ont pu être, par la suite, modifiés ; ils

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 595.

n'en représentent pas moins, dans l'ingénieuse réalisation de leurs premiers auteurs, tout ce que peuvent en attendre les besoins de la médecine mentale.

Le procédé dit « drap mouillé » ne saurait appartenir qu'au cadre des moyens accessoires et prophylactiques de la thérapeutique psychiatrique ; mais, à ce titre, il mérite de prendre place ici.

Toni-antispasmodique et avant tout applicable, d'une part aux nerveux et prédisposés héréditaires, d'autre part à certaines formes spasmodiques ou délirantes de l'hystérie, le drap mouillé, pour répondre aux indications de ces deux catégories de situations morbides, peut aussi être employé de deux façons différentes et telles que les décrivent MM. Bottey (1) et Huet (2).

Dans *la première*, un drap de grosse toile est trempé dans de l'eau franchement froide de 8 à 12° ou 14°, *puis fortement exprimé et tordu*. Après que le malade, complètement nu, s'est rapidement mouillé le visage, la tête et la poitrine, le drap est jeté sur le dos et les épaules (non sur la tête) et enroulé par en bas autour des membres inférieurs. Le malade se frictionne lui-même les parties du corps, pendant qu'un aide frictionne à plat, avec la paume de la main, le dos, les lombes et les membres inférieurs. Les frictions sont prolongées pendant cinq minutes jusqu'à ce que la peau devienne chaude et que le drap lui-même s'échauffe. Le drap mouillé est alors remplacé par un drap sec avec lequel on essuie le malade en le frictionnant de la même manière que précédemment. Le drap mouillé, ainsi employé, est un bon procédé hydrothérapique à utiliser dans le traitement à domicile. Il produit des effets analogues à ceux de la douche froide, avec réaction moins vive, toutefois. Il peut donc, dans certains cas, remplacer la douche froide, ou bien il est employé pour habituer les malades impressionnables à l'hydrothérapie et à l'action de la douche.

Dans *la seconde* façon d'appliquer le drap mouillé, celui-ci, une fois trempé dans l'eau froide, est appliqué, non tordu et ruisselant, sur le corps ; puis, au lieu de faire des frictions énergiques, comme tout à l'heure, l'aide ne pratique que de légers tapotements, une sorte de petit clapotage des mains, qu'il continue jusqu'à ce

(1) Bottey, *Traité d'hydrothérapie médicale*, pp. 99 et 100.
(2) Huet, *Manuel de médecine Charcot-Debove*, Art. « Hydrothérapie », p. 803.

que la peau et le drap deviennent modérément chauds ; ensuite le patient est frictionné avec un drap sec. Dans certains cas, on peut répéter deux ou trois fois de suite, dans la même séance, l'application du drap très mouillé. On peut également pratiquer ce procédé plusieurs fois dans la même journée. Comme le précédent, ce procédé produit des effets toni-sédatifs puissants. Par suite de la faible réaction qu'il détermine, à cause de l'absence de friction, il sera souvent mieux supporté que le premier, et pourra rendre des services dans les premiers jours de la cure hydrothérapique chez les malades impressionnables, chez les sujets excités, atteints d'insomnie, fatigués par le surmenage intellectuel ; dans certains cas de neurasthénie, chez lesquels se combineront simultanément les symptômes d'excitation et de dépression, ce procédé sera employé avec avantage. En somme, il sera indiqué toutes les fois que le malade ne supportera pas d'emblée des applications perturbatrices d'eau froide (douche, piscine, frictions au drap mouillé tordu, etc.) et, dans ces cas, il constituera un excellent moyen d'entraînement et de préparation. On pourra même, chez certains sujets impressionnables, pratiquer le drap mouillé avec de l'eau fraîche (de 18 à 24°), tout au moins dans la première application (Bottey).

Ces différentes pratiques de l'enveloppement humide sont d'une appropriation aisée à la thérapeutique mentale; et, de fait, on en a tiré grandement parti, surtout en ces derniers temps.

Le procédé de Dagonet et Morel, réduit à sa primitive forme, à celle du simple maillot humide de Priessnitz, a mérité la préférence des aliénistes : Il consiste à étendre un drap de toile plutôt grossière et préalablement trempé dans de l'eau froide à partir de 22° c., ou en deça, sur une couverture de laine. On entoure le malade dans le linge mouillé, à l'exclusion de la tête et de telle sorte qu'il soit mis en contact avec les différentes parties du corps; on l'entoure ensuite de la couverture de laine. Après cela, on couvre le malade, immobilisé comme un enfant emmailloté, de couvertures ou d'un édredon, et latéralement on le fixe au lit à l'aide des parties des couvertures qui débordent (Löwenfeld) (1). Bientôt le retour de la chaleur, une salutaire dérivation vers la peau au profit

(1) Löwenfeld, cité par Morel de Mons, *Hydroth. dans les maladies mentales*, 1889, .p 29.

des centres nerveux décongestionnés et libérés entraînent le ralentissement des fonctions cardiaques et pulmonaires, un engourdissement de la sensibilité périphérique et un apaisement des fonctions psychiques avec somnolence, pesanteur des paupières, besoin de dormir.

La durée de l'application est subordonnée à la nature des effets recherchés : Réduite à l'obtention de la simple chaleur du corps (tiédeur du drap) et suspendue au moment où le pouls annonce la réaction circulatoire, lorsqu'on n'a en vue qu'une légère action tonisédative, elle devra atteindre et dépasser même la pleine réaction sudorale (maillot diaphorétique de Bottey), si on veut obtenir une importante sédation. Mais les sueurs n'apparaissent qu'après un temps variable suivant les personnes, rarement avant trois quarts d'heure (Winternitz), le plus souvent entre une heure et demie et trois heures (Bottey), quelquefois même au-delà de cinq heures (Schedel). Lorsqu'on retirera le drap, celui-ci devra être chaud et fumant (Bottey).

L'insomnie de la phase prodromique des vésanies périodiques, l'excitation neurasthénique ou maniaque (Magnan et Pecharman) ([1]), les formes graves de l'agitation (Garnier et Cololian) ([2]), l'excitation des catatoniques et de certains agités maniaques difficiles à contenir dans le bain prolongé (Krœpelin) ([3]), l'hystérie délirante (Beni-Barde) ([4]), certaines psychoses post-épileptiques (Fuerstner et Fedbausch) ([5]), la mélancolie avec stupeur (Ritti) ([6]) le délire hallucinatoire (Chaslin) ([7]), la confusion mentale avec excitation (Chaslin) ([8]), enfin le délire aigu, s'accommodent avantageusement du maillot humide seul ou combiné avec d'autres applications, compresses frontales, etc. Dans le but de compléter ou de

(1) Magnan et Pecharman, *Traité de thérap. appliquée de M. Albert Robin, Traité des mal. ment.*, p. 215.

(2) Garnier et Cololian, *Traité de thérap. des maladies mentales et nerveuses*, p. 250.

(3) Krœpelin, XXVe Congrès des aliénistes du Sud-Ouest, *Allgm. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1902, p. 162.

(4) Beni-Barde, *Manuel d'hydrothérapie*, p. 317.

(5) Fuerstner et Fedbausch, *Rapport au Congrès de Carlsruhe*, 1892.

(6) Ritti, cité *in Traité de thérap. de M. Alb. Robin*, p. 204, *Traitement des mal. ment.*

(7) Chaslin, p. 82 et 90.

(8) Id., *ibid.*

corriger certains effets de l'enveloppement humide, on le fait suivre parfois, et selon les cas, de lotions fraîches (de 18 à 24°) avec frictions, d'affusions tempérées, de demi-bains à 25° centigrades (Morel de Mons). Dans la dépression extrême et les états de stupeur de la confusion mentale, Chaslin [1] y associe les effets de la moutarde (drap mouillé sinapisé). La durée de ces applications sera subordonnée aux indications fournies par les variétés morbides et constitutionnelles des sujets. Si Maudsley [2], après bien d'autres, déclare avoir vu des cas de délire hystérique furieux disparaître instantanément, sous l'influence d'enveloppements froids de courte durée, par contre, M. Trenel [3] nous dit que ce même enveloppement humide froid doit être spécialement prolongé pour aboutir dans la manie et les états de fureur. Swetling [4], qui employait, dans la manie, l'emmaillotement humide de 18 à 20°, et de une à deux heures de durée, voyait, au bout de ce temps, l'agitation diminuer et le sommeil se produire. Débutant avec un emmaillotement de deux heures à deux heures et demie, il continuait ainsi jusqu'à ce que le sommeil devînt plus court et plus profond. Jolly [5], de Berlin, a constaté que, dans l'enveloppement, le sommeil des malades survenait comme un heureux mouvement de crise, mettant fin au délire. Ajoutons que, pour Thomsen [6], l'emmaillotement humide et le bain chaud sont les meilleurs sédatifs des états d'agitations : la préférence accordée à l'un ou à l'autre dépend de l'état de santé et des forces du patient, de son tempérament individuel et de ses répugnances. Toutefois il déclare que, dans le doute, c'est le bain chaud qui doit être choisi.

Certains auteurs, pour faciliter l'emploi du maillot humide et laisser au malade plus de liberté dans ses mouvements, ont recommandé de ne point comprendre les bras dans le drap mouillé; d'autres (Strasser et Buxbaum) [7] ont fragmenté l'application,

(1) Chaslin, p. 82 et 90.

(2) Maudsley, *Frühtzeitze Behandlung der Greisteskrankheiten*, 1868.

(3) Trenel, *Rapport du Congrès de Bruxelles*, 1903.

(4) Cité par Thomsen et par Morel de Mons (*Rapport du Congrès de Bonn, Hydrothérapie dans les mal. mentales*), p. 48.

(5) Cité par Thomsen, *loco citato*.

(6) Thomsen, *Congrès de Bonn, Discussion du Rapport*.

(7) Cités par Trenel, *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes français, tenu à Bruxelles*, 1903.

enveloppant séparément, d'une part le tronc, au moyen d'une large bande croisée sur la poitrine, et, d'autre part, l'abdomen et les membres inférieurs, avec le drap ordinaire.

La nécessité d'assurer la chaleur des pieds, au cours des applications, sinon même de provoquer une véritable dérivation vers ces extrémités, a suggéré la précaution soit de les réchauffer préalablement au moyen de frictions sèches ou humides (Winternitz), soit de les entourer de bouillotes ou de les envelopper en une sorte de botte d'ouate sinapisée (Magnan), soit, plus simplement, de les soustraire à l'enveloppement humide et froid.

Enveloppement humide tiède et chaud.

L'action perturbatrice immédiate et secondairement dépressive de l'enveloppement humide et froid l'a fait rejeter dans les cas où l'on a spécialement à redouter des accidents congestifs, chez les vieillards et dans la paralysie générale (Trenel), et aussi chez les sujets épuisés, anémiés, à dispositions hypothermiques.

Outre que certains cas de collapsus ont été observés par Bogdan [1], en dehors de toute affection cardiaque, l'emmaillotement humide peut donner lieu, par voie d'inhibition réflexe, à des congestions vaso-paralytiques viscérales, parmi lesquelles la congestion pulmonaire est la plus à craindre et parfois mortelle. A de tels accidents on s'efforcera de parer, à l'aide de vigoureuses frictions, ou de lotions alcooliques, au moment où le malade est retiré de son enveloppe.

C'est en raison de ces inconvénients, et pour les surmonter, que certains ont pensé, avec Fürstner [2], que l'application humide pourrait être avantageusement remplacée par des emmaillotements, non plus froids, mais ayant la température du corps ou une température voisine.

Alter [3] a pu, allant dans ce sens, adopter des enveloppements à 33°-35°, et s'en louer surtout dans la paralysie générale.

Dans la dernière édition (7e) de son traité des maladies mentales,

(1) Bogdan, cité par M. Trenel, *Rapport au Congrès de Bruxelles*, 1903.
(2) Fürstner, cité par M. Trenel (*Rapport au Congrès de Bruxelles*).
(3) Alter, *ibid.*

le professeur Krœpelin parle de l'heureux procédé qu'est l'enveloppement humide et tiède, pour remplacer avantageusement les bains prolongés dans les cas d'agitation catatonique : « On doit tremper, dit-il, un drap dans de l'eau tiède, le tordre légèrement, en envelopper tout le malade jusqu'au cou et placer pardessus encore une couverture de laine peu serrée. Dans ces linges attachés par des épingles de sûreté, le malade peut rester deux heures. Je ne conseillerai pas de prolonger outre mesure cette opération, car, d'une part, il existe toujours le danger du refroidissement du linge, et d'autre part, on doit éviter toute apparence de contrainte physique. Pour cette raison, je délivre, dans un temps assez court, les malades qui s'efforcent de s'arracher à cette contrainte, quitte à renouveler plus tard l'expérience. »

Dans un cas de mélancolie aiguë avec agitation, Emmet C. Dent [1], de New-York, a porté la température des enveloppements à 112° F (44° c.), les prolongeant durant trois heures et les renouvelant deux fois en vingt-quatre heures.

Douche froide.

L'usage de la douche était connu des anciens, et son usage se rattache aux noms de Celse, Septala, etc. Mais ce fut bien postérieurement et à la sortie du moyen âge, que ce procédé, accommodé aux idées du temps sur le traitement coercitif et perturbateur de la folie, devint la grande douche verticale ou en colonne. De celle-ci, Pinel ne parle que pour la proscrire et signaler « qu'on l'administre ailleurs sans aucun ménagement, en faisant tomber de sept à huit pieds de hauteur un courant d'eau de plusieurs lignes de diamètre sur la tête de l'aliéné, pendant un temps plus ou moins long et au gré des gens de service qui portent, dans cet objet, comme dans beaucoup d'autres, leurs préventions bornées ou leur inepte grossièreté. »

La douche, pour Pinel, ne sera qu'un accessoire du bain, sous la forme d'un filet d'eau froide tombant de trois pieds de hauteur,

(1) Emmet C. Dent, *Hydriatic procedures as an adjunct in treatment of insanity* (*American jnal of insanity*, july 1902).

gradué suivant les symptômes et le but à atteindre, en général très petit, de courte durée (jamais de plus d'une ou deux minutes) et dirigé successivement sur les diverses parties de la tête. Cette application restait distincte de la réfrigération douce, continue, que l'auteur, au moyen du même appareil, et goutte à goutte, entretenait sur la tête des aliénés en état d'excitation, trouvant ce moyen préférable aux applications de neige ou de glace pilée sur le sommet de la tête, très usitées, à cette époque, en Angleterre (Ellis).

Esquirol montre les divers emplois et conditions de la douche, tels qu'il les a observés à travers les établissements manicomiaux français : à Avignon, où le tuyau de la douche, en bec de flûte, est placé à un pied au-dessus de la tête du malade ; à Bordeaux, où il est terminé en pomme d'arrosoir ; à la Salpêtrière, où les douches se terminent par un tube de quatre, six, douze lignes de diamètre, et où l'eau tombe de différentes hauteurs ; à Charenton, où, au milieu de la salle des bains, un long tuyau de cuivre, flexible et assez long, portait à volonté l'eau froide sur la tête des aliénés qui étaient dans les baignoires [1].

L'auteur nous apprend que, de son temps, l'eau de la douche est ordinairement employée à la température atmosphérique, sauf dans quelques démences où on a proposé d'employer l'eau chaude. Le malade reçoit la douche, placé dans un fauteuil ou, mieux, plongé dans un bain tiède ou froid. Elle agit à la fois par l'action du froid et par la percussion, et bien qu'appliquée sur la tête, exerce une action sympathique sur la région de l'épigastre, cause des cardialgies ou des envies de vomir. Sa durée ne doit pas dépasser quelques minutes. Indiquée principalement dans les cas où il y a céphalalgie, « elle agit aussi comme moyen de répression, et souvent une douche suffit pour calmer la fureur, pour rompre des résolutions dangereuses et pour forcer un malade à l'obéissance. »

C'est ce dernier aspect, coercitif et douloureux, de la douche, qui, par la suite, devait séduire les auteurs Leuret et Rech, et les amener à faire de ce procédé un simple agent moral : « La douleur, dit Leuret [2], fait partie du traitement moral : elle sert aux aliénés

Traité des maladies mentales, t. II, p. 614.

(2) Cité par Brocard.

comme elle sert dans le cours ordinaire de la vie, comme elle sert dans l'éducation ; elle est un des mobiles qui font fuir le mal et chercher le bien-être. Le moyen le plus sûr d'exciter la douleur chez l'aliéné, c'est la douche. Dans ce cas elle n'est pas un moyen de répression ni de remède, c'est un moyen de crainte. »

Rech [1], de Montpellier, tout en s'inspirant de Leuret, estime cependant que le sentiment de terreur auquel recourait ce dernier n'est qu'un des trois effets obtenus par la douche verticale et qu'il y a lieu d'y comprendre les phénomènes vitaux du resserrement et de la réaction par l'eau froide et aussi la commotion douloureuse du cerveau : « Comment, en effet, concevoir, dit-il, que l'impression de froid vive et prolongée, déterminant une astriction telle qu'il faut recourir à la chaleur artificielle pour appeler la réaction, n'amène qu'un effet moral ? Comment admettre cette proposition, quand on réfléchit sur les conséquences du choc imprimé à la masse encéphalique par une colonne d'eau ayant plusieurs centimètres de volume et tombant de haut sous la pression d'une grande masse de liquide ? Cela me semble impossible. »

Rech prend soin de décrire minutieusement les appareils qu'il emploie, la température de l'eau qui doit être de 11 à 12° c., la position du malade pendant la douche, la durée de l'application qui, d'ordinaire très courte, a pu être parfois continuée durant cinq minutes ou même prolongée jusqu'à dix minutes, grâce à des interruptions ménagées « de temps en temps pour laisser à l'aliéné la faculté de respirer », les effets résultant de la douche et qui, dérivant des impressions de froid aussi bien que de la commotion, sont « la crainte de la suffocation et un sentiment de terreur si vif que les aliénés qui l'éprouvent crient qu'ils vont mourir. Ils ne savent plus ce qu'ils font ni où ils sont. Le sang congestionne la tête, il y a syncope, et si la douche ne cesse pas promptement, elle peut rendre l'asphyxie mortelle. »

De concert avec Morel, Brocard pouvait souhaiter, sans injustice, qu'un tel supplice fût désormais banni de la thérapeutique des aliénés.

Toute différente était la douche en jet ou en pluie de Saint-Yon,

(1) Rech, *De la douche et des applications d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales* (*Ann. de Méd. Psych.* 1847, t. IX, p. 124).

dernier terme d'une gamme hydrothérapique faite de progressions et de transitions prudentes, où, successivement et selon les cas, l'on passait par de légères affusions sur la tête à l'aide d'éponges imbibées d'eau froide, par une pluie légère au moyen de la pomme d'arrosoir, ou même, et surtout, par le bain d'affusion que décrit Brocard : « Le bain d'affusion se donne à Saint-Yon en plaçant le malade au-dessous d'un petit réservoir de 50 à 60 litres de capacité, élevé à douze pieds au-dessus du sol et dont le double fond est percé d'une infinité de petits trous. On écarte le premier fond en faisant jouer un ressort, et une pluie légère et douce enveloppe le malade. C'est par le bain d'affusion que nous commençons ordinairement pour arriver à la douche en pluie et en jet. Nous n'avons eu, jusqu'à présent, qu'à nous louer de cette manière d'opérer, surtout chez les malades très impressionnables, auxquels la première impression de la douche est assez souvent désagréable pour qu'ils se refusent à en continuer l'emploi. » Et en forme de conclusions, Brocard ajoute : « Les effets de la douche sont beaucoup plus puissants que ceux du bain froid; sous son influence, la réaction se fait mieux et plus promptement. Cet effet est dû à la percussion que l'eau exerce sur les tissus. Débuter par une douche faible pour arriver à une douche plus forte, telle est la règle à suivre dans l'administration de la douche. Il faut aussi laisser le malade libre de tous ses mouvements et l'avoir constamment sous les yeux pour juger de ce que produit la douche. Lorsque la colonne d'eau n'est pas très forte, qu'elle n'a pas une force de projection trop considérable, on peut soumettre la tête à l'action de la douche aussi bien que le reste du corps, ou bien recevoir seulement, sur cette partie, une légère affusion. »

Morel, qui attachait à l'hydrothérapie prophylactique une très grande importance, avait aussi adopté un système combiné de douches et de sudation, en vue du traitement des états névropathiques si spécialement fréquents au début des folies héréditaires, lorsqu'elles ne se compliquent pas d'un état congestif du cerveau. En cela il s'autorisait de l'expérience de Fleury, dont il rapportait les paroles : « Les praticiens trouveront dans les douches froides, aidées de la sudation, un moyen héroïque à l'aide duquel ils pourront modifier l'état général des sujets, réta-

blir dans leur intégrité les fonctions digestives et nutritives, ramener ou développer l'embonpoint, faire disparaître les douleurs névralgiques, régulariser l'action nerveuse, obtenir, en un mot, la guérison complète d'une maladie contre laquelle toutes les ressources de l'art étaient venues échouer [1]. »

Morel provoquait la sudation au moyen du drap mouillé et la faisait suivre de la douche ou bien encore d'un bain froid de une à deux minutes, d'affusions froides à l'arrosoir, de frictions ou de lotions à l'éponge humide, de lavements froids au moyen de la douche ascendante.

C'est dans cette direction d'idées et de pratique tendant à associer la sudation et la balnéation, que s'orientait aussi Reverchon [2].

Ce dernier constate, en 1866, que dans la plupart des cas où il y a lieu de rechercher les effets de l'eau froide en ses applications rapides, « c'est moins aux immersions qu'on a recours qu'aux affusions et aux douches ». Son propre jugement le conduit à admettre que la douche est le moyen par excellence de produire une action excitante, en même temps qu'il est la base de l'hydrothérapie. Mais, pour cela, trois conditions lui paraissent nécessaires : 1° que l'eau soit suffisamment froide, 2° qu'elle soit projetée avec une certaine force, 3° que son application soit de courte durée. La durée moyenne lui paraît être d'une à deux minutes, acceptant avec Fleury qu'une douche trop courte n'a pas d'inconvénients, tandis qu'une douche trop longue peut en avoir de très sérieux. « On a soin, ajoute l'auteur, de commencer le traitement par des douches de quelques secondes seulement, surtout quand on a affaire à des sujets trop affaiblis ou très impressionnables. Administrée dans certaines conditions, la douche est surtout stimulante ; elle a pour résultat d'activer et de régulariser la circulation dans les capillaires de la peau, et par conséquent dans tout le système vasculaire ; l'hématose se fait mieux, le sang s'enrichit et devient plus apte à stimuler d'une manière normale les centres nerveux, et, chose importante pour notre sujet, la sensibilité

(1) Fleury, cité par Morel, p. 602, dans son *Traité des maladies mentales.*
(2) Reverchon, *De l'Hydrothérapie appliquée au traitement des maladies mentales,* Thèse de Paris, 1867.

générale, si souvent troublée dans les affections mentales, tend alors à revenir à son type normal (1). La douche peut amener ce dernier résultat, soit en donnant au sang les qualités qu'il avait perdues, soit en déterminant une répartition plus égale de ce fluide dans les différents organes, dont les uns tendent à s'hyperhémier, tandis que d'autres tombent dans l'anémie, soit enfin en agissant comme puissant perturbateur en décentralisant la douleur. Stimuler les téguments en activant les fonctions et la rénovation de l'épiderme, décongestionner les organes internes par la puissante révulsion produite sur toute l'étendue de la peau, favoriser l'hématose, augmenter le double mouvement de l'assimilation et de la désassimilation, ranimer l'énergie de la calorification, combattre les troubles nerveux en agissant surtout comme *antispasmodique*, telle paraît être, en résumé, l'action des douches froides de courte durée et souvent renouvelées. »

Ainsi que nous l'avons déjà fait observer, il est intéressant de constater ce rapprochement établi par Reverchon entre l'action excitante et antispasmodique de la douche froide; ce qui laisse bien entendre qu'il existe une différence complète entre les effets antispasmodiques des applications froides de courte durée dus à une action perturbatrice et inhibitoire d'emblée et les effets sédatifs qui, secondaires et liés à des phénomènes d'inhibition plus ou moins lents et retardés, procèdent, non plus d'excitation initiale mais d'un épuisement de la vitalité par « suffocation des mouvements vitaux. » Cabanis (cité par Morel).

C'est en association avec la sudation que Reverchon recommande l'usage de la douche et des applications froides en général, faisant intervenir, à cet effet, l'étuve sèche ou humide, ou même le simple emmaillotement sec du corps dans des couvertures de laine : « Au bout d'un temps variable, la peau devient chaude, rouge et ruisselante de sueur; les artères battent avec force, le pouls s'accélère et peut devenir extrêmement fréquent; les mouvements respiratoires sont aussi plus rapides et, si on prolonge la séance quelque temps encore, le bien-être qu'on ressentait au

(1) Selon Thomsen (Rapport au Congrès de Bonn, 1898), les douches de courte durée excitent la sensibilité, accroissent la réflexité et les énergies dynamométriques et électriques des muscles; mais un résultat inverse est déterminé par les douches prolongées.

commencement fait place à un grand malaise, à de l'anxiété, et il semble qu'on va tomber en défaillance. Tous ces phénomènes disparaissent, comme par enchantement, en passant de l'étuve sous la douche froide. On éprouve d'abord un grand saisissement, mais il suffit, en général, de résister à cette première et courte impression pour goûter bientôt un véritable plaisir à se sentir inondé d'eau fraîche, ce qui a pour résultat de faire tomber très promptement le pouls et de ramener la peau à sa température normale ».

L'auteur, persuadé que sa méthode hydrothérapique, appliquée avec discernement et selon les règles de l'art, est incapable de jamais nuire, que les organisations les plus chétives comme les plus robustes peuvent y avoir recours, se laisse entraîner à en généraliser l'emploi à tous états autres que l'excitation maniaque intense, à laquelle il réserve la balnéation prolongée de Brierre de Boismont : « Elle (cette méthode) peut rendre des services importants, conclut-il, au triple point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie et du traitement des affections mentales. Elle convient surtout au traitement de la stupidité et de la folie hystérique; elle n'est pas moins utile dans celui de l'hypochondrie. On se trouve bien, en général, de son emploi dans la manie, quand cette vésanie ne s'accompagne pas d'une vive excitation de fureur. *Dans le traitement de cette affection mentale, l'eau froide et le travail sont très utiles pour amener une guérison définitive, lorsque, par d'autres moyens, on s'est rendu maître des symptômes aigus.* Dans la paralysie générale, on pourrait aussi en tirer bon parti, en agissant dès le principe et avec persévérance. Dans les asiles, l'hydrothérapie constitue un bon moyen pour fortifier les sujets débiles et pour diminuer le nombre de gâteux. Nous émettons le vœu que cette médication soit plus largement appliquée dans les asiles qu'elle ne l'est actuellement. »

Il nous paraît pratiquement intéressant de rapporter ici la façon dont Reverchon et son maître Baume avaient conçu et organisé, pour le besoin de l'entière population de leur asile, une balnéation hygiénique, d'après le système de la douche froide précédée d'applications chaudes : « Dans un asile d'aliénés, écrit Reverchon, il y a toujours un assez grand nombre de sujets dont la santé générale laisse plus ou moins à désirer, la plupart incurables

et qui constituent le *caput mortuum* de la population : ce sont des déments, des imbéciles, des maniaques chroniques, des lypémaniaques, que leur débilité physique et l'état de leurs facultés mentales retiennent inactifs dans les préaux. Les uns restent debout, à la même place, des heures et des journées entières; d'autres s'accroupissent comme des animaux dans un coin; d'autres se promènent lentement les bras pendants et la tête inclinée, ou à grands pas, dans une mise en désordre qui les expose aux injures du temps; quelques-uns sont gâteux. Chez presque tous la circulation se fait mal; les extrémités se tuméfient assez souvent et deviennent violacées, froides, la peau sèche, rugueuse, parfois même comme visqueuse, la respiration fréquemment se fait mal, et dans de telles conditions la nutrition s'accomplit imparfaitement. Eh bien, pour tous ces sujets débiles, la douche froide d'une minute ou deux, précédée, dans certains cas, d'une légère sudation et renouvelée une ou deux fois par semaine, est certainement préférable, en thèse générale, au bain tiède. Aussi M. le docteur Baume, jaloux de faire bénéficier de l'hydrothérapie hygiénique le plus grand nombre possible de ses malades, a-t-il fait organiser, pour la belle saison, en outre des bains hydrothérapiques plus complets, un service mixte : Chaque jour, la piscine est remplie d'eau tiède ; les malades y entrent quatre ou cinq à la fois, y restent quelques minutes, et, avant d'en sortir, passent tour à tour sous la pluie ou le jet d'eau fraîche. »

Delmas(1), de Bordeaux, signalait, en 1874, les bons effets obtenus dans huit cas de lypémanie par l'administration des douches à températures graduellement décroissantes de 30 à 14° R.

Antérieurement, Griesinger(2) s'était élevé contre la douche froide violente « à l'aide de laquelle certains praticiens cherchent si souvent à calmer les individus atteints de manie récente et qui n'ont, d'ordinaire, pour effet que d'augmenter l'agitation et souvent même la congestion. » Il expose des appréciations semblables de Zeller et de Jacobi; mais, par contre, il signale que Ideler est encore l'un des partisans modernes de la douche, qu'il a plutôt recours à la douche sur le dos que sur la tête, qu'il l'a trouvée

(1) Delmas, *Traité de la lypémanie* (*Bordeaux médical*, 1874).

(2) Griesinger, *Traité des mal. mentales*, 2e édition de 1861, traduite par Doumic en 1865.

spécialement utile dans la folie idiopathique, dans les périodes de rémission de la manie, dans les états de paresse et d'obtusion, dans certains cas de mélancolie et de monomanie et aussi chez les individus qui ont fait des excès alcooliques ou vénériens.

Plus près de nous, les convictions enthousiastes de Reverchon, aussi bien que la sage modération de Morel, ont fait place à un relatif abandon de la douche, et M. Trenel(1) a presque raison de déclarer que « l'hydrothérapie froide, sous cette forme, n'a plus aucune application dans le traitement des maladies mentales. »

Toutefois, ainsi formulée, la pensée de M. Trenel ne cadre pas avec la réalité des faits.

Sans doute, en s'exprimant ainsi, l'auteur n'avait-il exclusivement en vue que la matière de son rapport : « *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales* ». Et même, sur ce point, ne convient-il pas d'accorder à la douche une action sédative et hypnogène qui, non contestée dans les névroses, semble aussi bien appropriée à maints états vésaniques plus ou moins reliés aux conditions étiologiques que combat utilement l'hydrothérapie froide, et la douche en particulier ?

N'est-ce pas le cas d'appliquer celle-ci aux périodes prodromiques de la plupart des neuropsychoses ?

Morel n'agissait pas autrement au début des folies héréditaires, associant, ainsi que nous l'avons vu, les douches aux sudations ; et c'est à des cas semblables que s'adressent ces récentes recommandations de Garnier et Cololian(2) : « La douche doit être, cela va sans dire, administrée à jeun, le matin, de préférence. *En cas d'insomnie, elle sera plus utile dans la soirée.* »

Outre son action prophylactique, on s'accorde assez généralement à reconnaître à la douche, seule ou combinée, d'être un excellent moyen de consolider ou d'activer la convalescence des affections mentales, abstraction faite des contre-indications nosologiques ou individuelles. On a tout particulièrement signalé ses bons effets, soit dans les états maniaques chroniques (Blin)(3), soit

(1) Trenel, *Rapport sur le traitement de l'agitation et de l'insomnie*, Bruxelles, 1903.

(2) Garnier et Cololian, *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, p. 200.

(3) Blin, *Traité de thérap. appliqué de* M. Alb. Robin, *Trait' des états des maniaques*, p. 113.

à la dernière période de la manie aiguë, lorsque, l'agitation cessant ou s'atténuant, il est plus aisé de constater le déficit mental et que l'état chronique menace de s'installer.

La douche répond encore à d'autres indications, et bien que Garnier et Cololian, à l'encontre de M. Trenel, trouvent qu'aujourd'hui encore « on fait un usage un peu excessif de la douche froide », ces auteurs, non contents de la présenter comme un bon remède hygiénique, la recommandent et la déclarent indiquée chez les dégénérés abouliques, obsédés, chez les déprimés et les mélancoliques au début de leur affection et surtout au moment de la convalescence, chez les hystériques et les épileptiques.

Thomsen (1) nous apprend que les Allemands, moins enthousiastes sur le compte de la douche que les Français, en maintiennent l'usage, accordant la préférence à la douche en pluie, d'une hauteur de 3 à 6 mètres et d'une température de 12 à 15°. Cet auteur la trouve spécialement indiquée dans les parésies, les névralgies et les paresthésies, et quant à l'emploi des douches fortes et froides dans les psychoses et névroses, il recommande la plus grande prudence.

Dans la plus récente édition de son magistral traité des maladies mentales, Kroepelin (2), après avoir longuement exposé la question des bains prolongés et des emmaillotements humides, ajoute: « Quant aux autres formes de traitement hydrothérapique, nous recommandons encore *la douche en pluie douce*, les frictions froides pour les malades nerveux et les hystériques, particulièrement chez les onanistes pour lesquels on ajoute encore les bains de siège froids. »

Les contre-indications de la douche froide sont nombreuses et se tirent, soit des susceptibilités individuelles (états nerveux ou neuro-arthritiques, exaspérés par les applications froides), soit de dispositions organiques telles que cardiopathies, affections pulmonaires, et surtout états congestifs (3) ou inflammations du cerveau, paralysie générale, etc., soit aussi du degré même de l'affec-

(1) Thomsen, *Rapport sur l'hydrothérapie* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LV).

(2) Kroepelin, *Traité des maladies mentales*, 7e édition.

(3) En dehors de ces états congestifs du cerveau offrant une contre-indication évidente à l'emploi des douches froides, il y a lieu de tenir compte des simples dispositions congestives des sujets et aussi de leurs dispositions à l'ischémie cérébrale :

tion mentale, qu'il s'agisse d'états d'excitation où la douche aura toutes chances d'exaspérer le mal, ou bien d'états de dépression intense où la réaction insuffisante conduirait aux pires résultats.

On conçoit sans peine qu'à côté de ces contre-indications de la douche froide, il faille mettre en ligne de compte l'expérience, le tact et la prudence du praticien qui la donne, et l'on ne saurait trop se prémunir contre les dangers de cet agent essentiellement délicat à manier, en se rappelant, en tout temps et en tous cas, cet axiome déjà cité de Fleury : « Une douche trop courte n'a jamais d'inconvénients ; une douche trop longue est toujours dangereuse. »

Douche mitigée.

Fleury n'admettait que la douche froide, aux températures de 8° à 14° centigrades, au-dessus desquelles la réaction ne lui semblait ni assez spontanée, ni assez rapide, ni assez énergique, quelle que fût, d'ailleurs, la durée de l'application (1).

Moins intransigeant en apparence et plus conforme à la réalité des faits, M. Beni-Barde a montré que l'infinie variété des conditions de maladies et de sujets comportait une grande variété, aussi bien dans le choix des procédés hydrothérapiques que dans la détermination des températures de l'eau. Et quant à ce qui a trait à la douche, nous ne saurions mieux faire que redire avec l'éminent hydrothérapeute : « Quand on n'est pas forcé de provoquer, dès les premières séances, une perturbation nécessitée quelquefois par l'allure de la maladie, il est préférable de préluder dans la cure avec de l'eau modérément froide, fraîche ou attiédie. Grâce à l'intervention de l'appareil hydro-mélangeur, on peut aisément parcourir l'échelle des degrés centigrades qui s'étend du huitième au trentième, et donner à la douche la température qui convient à l'acuité sensitive des sujets les plus craintifs... Il est

chez les uns, la douche se portera avec plus d'intensité vers les extrémités inférieures, tandis que chez l'ischémique affaibli le jet s'arrêtera avec une certaine insistance dans les parties supérieures du corps.

(1) Fleury, *loco citato*, p. 147.

des cas où la température de la douche ne change pas pendant toute la durée de l'application ; il en est d'autres, en revanche, où, pour acclimater les malades, il est utile de refroidir progressivement l'eau du mélange, sauf à la réchauffer avec promptitude, si cette tentative est trop hardie. Pour le moment, laissez-moi vous dire que, dans certaines manifestations du neuro-arthritisme, il n'est pas permis de recourir aux basses températures pour débarrasser les malades des troubles dont ils sont atteints. Chez certains d'entre eux, la douche modérément froide, fraîche et même attiédie, est parfois suffisante pour obtenir le soulagement qu'ils ambitionnent. Après l'application de ce procédé, les effets physiologiques et thérapeutiques ne sont pas aussi accentués que ceux qui se manifestent à la suite d'une douche froide, mais ils sont à peu près satisfaisants et ont l'inestimable privilège de ne pas imposer aux patients des épreuves désagréables... Pour que l'action thérapeutique soit vraiment efficace, il faut que la douche destinée à chaque sujet corresponde exactement à sa susceptibilité native ou morbide et à la nature de son mal. Le choix peut être parfois difficile à faire, mais il est rare que la perspicacité d'un praticien attentif ne triomphe pas de cette incertitude. Il a sous sa main un clavier hydriatique très étendu qui renferme les douches les plus variées dans leur température et dans leur force de projection. S'il possède quelques-unes des qualités d'un virtuose, il pourra, grâce à elles, arrêter sans difficulté les vibrations pathologiques d'un système nerveux déséquilibré. Ces douches, qui présentent entre elles des différences assez grandes, produisent des effets à peu près identiques. Elles apaisent les personnes trop irritables et soutiennent toujours celles dont le fonctionnement organique est troublé par des défaillances imprévues. Pour obtenir la réalisation de ces bons offices, il faut que les douches soient très uniformément répandues sur le corps, localisées habilement sur les régions qui ont besoin d'une sollicitude fonctionnelle, projetées avec douceur sur le visage ou sur la tête, et animées sur tout leur parcours d'une pression adéquate à la résistance de l'organisme. Leur durée peut être assez longue pour les sujets agités ; elle doit être courte pour les affaiblis; et, chez ces derniers, il est bon, si l'on veut les tonifier, d'abaisser de temps en temps la température de l'eau. Quel-

quefois ce refroidissement passager et presque imperceptible est très salutaire [1]. »

Et, ailleurs, l'auteur reprenant cette partie de son argumentation, ajoute : « En installant dans les établissements spéciaux la douche chaude à côté de la douche froide, je suis parvenu à rendre le traitement hydrothérapique accessible à beaucoup de névropathes, à des rhumatisants ou à des goutteux absolument rebelles à l'action de l'eau froide. Grâce à la douche d'eau chaude, bien des difficultés pratiques ont été aplanies et les applications de l'hydrothérapie ont pu prendre une extension considérable. Les malades dont la douche froide exaspère ou meurtrit la sensibilité, implorent volontiers le secours de la douche chaude, qu convient mieux à leur nature ou à leur mal. Ces bizarreries nerveuses doivent être connues. Les médecins qui n'ont pas hésité à proscrire en bloc l'hydrothérapie, parce que l'usage d'un de ses procédés peut être inacceptable ou nuisible, ne les ont certainement pas appréciées et comprises [2]. »

Ailleurs, expliquant que l'extrême sensibilité de certains névropathes fait que la douche tiède produit chez eux des effets thérapeutiques approchant de très près ceux de l'eau froide, il dit encore : « Il semble qu'il y ait pour ces infortunés qui ont besoin d'hydrothérapie une sorte de grâce d'état leur permettant de bénéficier de la médication avec des moyens en apparence insuffisants qui sont pour eux très efficaces. Ces cas, je le répète, sont très fréquents, et c'est une erreur de croire que pour tonifier les malades, il faut absolument et toujours administrer des douches froides. »

La question du rôle et des indications ou contre-indication des douches mitigées est une de celles que la pratique impose le plus communément à l'appréciation des médecins ayant charge d'hydrothérapie, de par le fait de l'organisation des malades et de leurs appréhensions à l'endroit de l'eau froide : Aussi serait-il désirable qu'elle fût tranchée — Malheureusement les avis sont très partagés.

De même que Fleury, M. Duval [3] exclut toute eau chaude ou

(1) Beni-Barde, *Exposé de la médication hydrothérapique*, p. 122.
(2) Beni-Barde, *ibid.*, p. 340.
(3) Duval, *Traité d'hydrothérapie*, 1888.

tempérée de sa pratique hydrothérapique : la douche écossaise elle-même ne trouve point grâce. Delmas, au contraire, se range à l'opinion de M. Beni-Barde, et déclare que l'hydrothérapie froide ne peut s'appliquer à tous les tempéraments, à toutes les affections et à toutes leurs phases. Et Couette, de Lyon, exprimant, à son tour, un avis, dit « que, peut-être séduisante, grâce aux arguments de Fleury, la théorie de l'eau froide est tout à fait inacceptable en pratique. Le médecin judicieux et expérimenté obtiendra souvent avec de l'eau tiède ou chaude de brillants succès[1]. »

M. Bottey, très partisan de l'eau froide, n'arrive à faire que de minimes concessions dans le sens tracé par M. Beni-Barde. Après avoir déclaré que certains médecins font de la douche fraîche (de 18 à 25°) un véritable abus, en l'administrant au début du traitement pour lutter contre la pusillanimité de leurs malades et pour préparer graduellement ceux-ci aux applications froides ultérieures, il ajoute : « Ce procédé constitue un très mauvais moyen pour lutter contre la répugnance des malades pour l'eau froide, car administré d'emblée, sans eau chaude préalable, il produit, au point de vue des phénomènes subjectifs, les mêmes sensations que l'eau très froide (12° et au dessous). Nous dirons même que l'eau très froide est beaucoup moins pénible à supporter, car elle détermine des phénomènes de calorification spontanée qui ne sauraient exister avec l'eau fraîche, et qui corrigent immédiatement l'impression aiguë de l'eau. *Il vaut donc mieux, à tous égards, administrer une douche froide très courte ou une douche écossaise, suivant l'une ou l'autre des formules que nous indiquons plus loin.* Cependant il est des cas où les douches fraîches peuvent trouver leur emploi. Bien que l'eau fraîche, comme, du reste, l'eau au-dessus de 14°, n'ait sur la circulation et la calorification qu'une action pour ainsi dire insignifiante, lorsqu'elle est administrée dans des limites aussi restreintes que celles d'une douche, cependant l'impression périphérique qu'elle détermine, suffit chez certains malades très susceptibles, pour provoquer des actions réflexes qui aboutissent à des réactions organiques thérapeutiques. C'est pourquoi, chez quelques sujets d'une excitabilité physique très grande, qui ne peuvent supporter ni les

(1) Couette, *Lyon médical*, 1886, p. 91.

douches très froides (par suite de leur thermalité trop basse), ni les douches écossaises (par suite de leur longue durée), *la douche fraîche pourra quelquefois être d'une certaine utilité.* Elle sera également indiquée dans certains cas de pléthore, lorsqu'on ne voudra pas déterminer une excitation trop vive du système circulatoire (1). »

Et en ce qui concerne la douche tempérée, Bottey dit encore : « C'est un procédé désagréable à supporter, en ce sens que, toutes les parties du corps ne pouvant être aspergées en même temps, il en résulte une évaporation rapide au niveau des régions exposées à l'air et un refroidissement consécutif du tégument cutané ; quant à l'abaissement de la température centrale produite par la douche, il est absolument nul. Les malades n'ont aucune réaction thermique et circulatoire à la suite d'une application tiède, et par conséquent aucune tendance à se réchauffer spontanément ; ils ont du frisson, la chair de poule, et le refroidissement va quelquefois jusqu'à provoquer le réveil de douleurs névralgiques ou rhumatismales, ainsi que nous l'avons observé ; accidents qui ne se produisent pas avec une douche très courte, par suite de la réfrigération minime imposée à l'économie, de la réaction consécutive et de la calorification rapide qui se développe à la suite de ce procédé.

« De même que la douche fraîche, la douche tempérée constitue donc un très mauvais procédé de préparation à la douche froide. Aussi répétons-nous ce que nous avons déjà dit, à savoir que, toutes les fois que la douche froide sera indiquée, il sera préférable de commencer le traitement hydrothérapique par la douche très froide d'emblée, réduite à son minimum de durée (une à deux secondes, s'il le faut) : dans ces conditions, nous l'avons presque toujours vu parfaitement supporter, même par les malades les plus faibles et les plus excitables. Au besoin, si la douche froide généralisée est mal tolérée, on peut se contenter de doucher la moitié inférieure du corps seulement, procédé qui produira des effets perturbateurs encore plus puissants que la douche tempérée généralisée. Du reste, on aura toujours la ressource de faire précéder celle-ci d'une application chaude préalable (douche écossaise dans ses différentes variétés). Cependant, comme en clinique

(1) Bottey, *Traité d'Hydroth. médicale*, p. 81.

il faut savoir compter avec les nombreuses individualités qui la constituent, nous devons dire que, dans certains cas, chez des sujets très sensibles, *la douche tempérée pourra trouver son emploi.* L'excitation qu'elle provoque, au niveau de la peau, bien que minime, peut amener néanmoins un retentissement réflexe favorable du côté des organes profonds. De plus, cette impression périphérique, par le fait même de son intensité très faible, sera utilisée dans certaines circonstances, chez les malades atteints d'une hyperesthésie médullaire très grande, certains ataxiques, par exemple (1). »

Les éléments de ce débat contradictoire, que nous avons tenu à rapporter aussi intégralement que le comportait ce qu'il est indispensable de connaître pour en juger, font ressortir combien l'hydrothérapie, malgré la puissance indéniable de son action curative, reste encore un système dominé par l'empirisme et beaucoup trop limité à des applications individuelles : individuelles au point de vue des aptitudes de celui qui l'exerce, individuelles aussi dans la personne du sujet qui la subit.

Et de cette insuffisance d'une réglementation méthodique de l'hydrothérapie résulte la difficulté de sa vulgarisation et son discrédit parmi nous ; surtout lorsqu'un de ses procédés offre, par lui-même, de véritables dangers, ce qui est bien le cas de la douche.

Douche très chaude.

Il semble que nul procédé hydrothérapique ne puisse, mieux que la douche, mettre en évidence et en valeur curative, les propriétés réactionnelles de l'eau très chaude.

Qu'il s'agisse d'eau froide ou d'eau très chaude, la réaction tend, dans les deux cas, bien que par un processus convergent inverse, à ramener la température du corps, primitivement déplacée, à son niveau normal, en même temps qu'elle suscite « un surcroît d'activité vitale » (Beni-Barde).

— Toutefois, tandis que l'eau froide se montre plus favorable à l'entier développement des manifestations de la réaction,

(1) Bottey, *loco citato*, p. 82.

l'eau très chaude laisse plus de sécurité, parce que la réaction est ici plus limitée, moins intense et n'a pas à redouter ces effets hypothermiques et hyposthénisants d'une réaction froide contrariée par les dispositions fâcheuses du sujet ou les mauvaises conditions de l'opération.

Eu égard à ces considérations, et parce que la folie, si souvent dominée par l'hyposthénie constitutionnelle ou acquise, offre, par elle-même, bien des chances de fausser les résultats de la réaction par eau froide, on conçoit que nombre d'auteurs aient, en ces derniers temps, jugé utile de s'orienter vers les pratiques chaudes : De là sont venus les bains et les enveloppements très chauds.

La douche très chaude en est à attendre encore son application directe au traitement des psychoses. Pourtant, M. Beni-Barde s'est efforcé de mettre en relief l'action stimulante et tonique de cette médication, puisant ses premières indications dans les stations thermales où la douche chaude est depuis si longtemps en usage.

De nombreuses expériences l'ont amené à se convaincre que la valeur de cette douche réside essentiellement dans sa thermalité, que l'eau s'échappant de ces officines naturelles, qu'elles soient alcalines, ferrugineuses, arsenicales ou sulfureuses, quand elle est administrée sous forme de douches, n'a pas plus de vertu que celle qui provient d'une source pure de tout mélange ; et il conclut : « Quand la douche chaude est courte et vigoureusement administrée, elle surélève toujours la chaleur animale, rougit et fluxionne la peau, accélère la circulation, active les mouvements musculaires et produit sur l'épanouissement des nerfs cutanés une excitation qui est le point de départ d'une série d'actions réflexes dont la manifestation est appréciable dans tous les organes et dans toutes les fonctions. Elle provoque une stimulation générale facile à constater ; et, sans déterminer les phénomènes réactionnels provoqués ordinairement par la douche froide, elle provoque chez les malades une vitalité bienfaisante que beaucoup d'entre eux considèrent comme une véritable réaction. Dans un certain nombre de cas, elle peut avantageusement remplacer la douche froide ; elle est notamment fort utile à ceux qui n'ont pas le temps de se préparer convenablement à recevoir cette dernière ou qui sont dans l'impossibilité de compléter son action par les exercices consécutifs dont la nécessité est parfois indéniable. *Elle offre aussi d'inap-*

préciables avantages à tous les patients qui ne peuvent recevoir sur le corps la plus faible ou la plus courte aspersion d'eau à basse température sans éprouver une perturbation excessive. »

Nul doute que cette pratique ne donne satisfaction a ceux qui, croyant devoir recourir à l'action excitante et tonique de l'hydrothérapie, trouvent des contre-indications à la douche froide, soit dans la susceptibilité nerveuse des sujets, soit aussi dans la faiblesse de leur constitution ou l'altération(1) de certaines organes. Les états de dépression mélancolique, certains états maniaques en voie d'accalmie mais suspects de chronicité, les chroniques débiles chez lesquels l'action perturbatrice de l'eau froide serait à redouter, la période de consolidation et de convalescence, de même que la prophylaxie des affections mentales, semblent de prime abord pouvoir trouver, dans ces applications de l'eau très chaude, un agent non négligeable et bon à être signalé ici.

M. Beni-Barde recommande, de préférence, la douche mobile et munie de la pomme d'arrosoir : elle doit être dirigée horizontalement et de façon à épargner la tête et à porter plus spécialement sur la partie inférieure du corps. La chaleur, proportionnée à la susceptibilité des sujets, pourra varier entre 37° et 45° centig.; mais le plus souvent elle ne s'éloignera guère de 40° — Toujours la gradation sera progressive.

Si les effets révulsifs et dérivatifs demandent une application plus chaude, plus prolongée et une percussion plus énergique, la simple stimulation tonique s'obtient avec une température et une percussion modérées.

Douche écossaise.

La douche écossaise superpose et favorablement concilie, dans bien des cas, les effets associés des douches très froide et très chaude.

(1) Selon M. Bottey, la douche très chaude abaisse la tension artérielle, et, à cause de cela, ne serait pas dangereuse dans les cardiopathies artérielles, à la période de compensation. Elle serait, au contraire contre-indiquée dans les états de pléthore avec dispositions aux congestions cérébrales et aux hémorrhagies internes (*Traité d'Hydroth médicale*, p. 127).

Fleury avait remarqué qu'il était parfois nécessaire de se garantir contre les effets perturbateurs de la douche froide en réchauffant préalablement les malades affaiblis ou à réactions douteuses. Et les moyens de calorification, par lui employés, étaient, en dehors de l'exercice, divers procédés de sudation, tels que l'étuve, l'enveloppement dans le drap mouillé ou dans la couverture de laine, le chauffage à la lampe, etc.

M. Beni-Barde adoptant ce même principe de la calorification préalable, en vue de rendre l'organisme moins impressionnable au froid et plus apte à réagir, eut la pensée de recourir à l'emploi du calorique sous forme d'eau chaude qu'il substitua à la méthode sudorale de Fleury.

De là procède la douche écossaise et l'emploi relativement inoffensif qui peut en être fait chez certains aliénés, soit à titre d'agent stimulant et antispasmodique, révulsif, toni-sédatif, soit aussi comme moyen d'acclimatation à l'eau froide.

« La douche écossaise classique, dit M. Beni-Barde [1], comporte l'application d'une douche chaude ayant une durée de trois à six minutes, immédiatement suivie d'une douche froide de quatre à dix secondes. Elle peut être, selon les circonstances, dirigée sur toute l'étendue du corps, à l'exception de la tête et de la nuque, ou bien simplement localisée sur une simple circonscription. Il faut commencer l'opération avec de l'eau à une température de 37 ou 38° que l'on projette successivement sur la région postérieure et sur la région antérieure du corps, en recommandant au sujet de pivoter sur lui-même sans précipitation pour que la peau soit continuellement mouillée et mise ainsi à l'abri de tout refroidissement. Après cette première aspersion, qui n'a besoin de durer qu'une vingtaine de secondes, on commence à élever graduellement la température de l'eau jusqu'à ce qu'elle atteigne, à la faveur d'une transition sagement exécutée, la zone thermométrique circonscrite entre le 42e et le 46e degré de l'échelle centigrade. Quand on est parvenu à la limite supérieure que la course ascendante ne doit pas dépasser, il faut arroser tout le corps avec cette eau surchauffée et insister particulièrement sur les régions qui ont besoin d'une plus longue application. Dès ce moment, l'enveloppe

(1) Beni-Barde, *Exposé de la méthode Hydrothérapique*, 1905, p. 148.

cutanée prend une teinte rosée plus ou moins apparente et le malade accuse presque toujours un sentiment de chaleur fort désagréable. Il convient alors de hâter l'arrivée de l'eau froide, que l'on répand vivement sur les régions préalablement échaudées, en aspergeant légèrement la tête et en percutant avec assez de vigueur les extrémités inférieures. Les effets immédiats de cette double application sont très remarquables. A l'instant même où l'eau froide succède à l'eau chaude, on voit apparaître une rubéfaction intense. Ni l'eau froide ni l'eau chaude employées isolément, si ce n'est dans le cas où leur température respective est parvenue aux degrés extrêmes, ne sont aptes à provoquer un coloris aussi éclatant, tandis que l'association de ces eaux le fait saillir d'une manière puissante et presque instantanée. »

Si tel est le mode essentiellement révulsif de la douche écossaise, M. Beni-Barde, avec sa vaste expérience d'un procédé qu'il a fait sien, signale que ce moyen comporte quelques variantes, suivant que l'on cherche à associer à la révulsion des effets sédatifs et analgésiques, ou bien des effets excitants ou toniques : Dans le premier cas, l'application froide sera « légère, très courte et habilement répandue sur tout le corps et sur la tête », ne provoquant sur l'organisme qu'une impression frigorifique très voilée; dans le second cas, la douche froide devra être « énergique » et prolongée jusqu'à ce que l'impression de froid soit nettement sentie.

Au point de vue de ses indications, si la douche écossaise peut passer pour le meilleur mode d'acclimatation de certains sujets à l'eau froide (Beni-Barde, Bottey), elle semble devoir être très particulièrement utile, soit dans les périodes de neurasthénie prévésaniques, soit dans les états dépressifs mélancoliques qui sont l'expression psychique d'une neurasthénie plus ou moins aggravée, soit aussi au déclin de certaines psychoses aiguës qui, menaçant de s'immobiliser dans la chronicité et paraissant devoir bénéficier de l'action toni-sédative de l'hydrothérapie, trouveront dans la douche écossaise le moyen le mieux approprié à la délicatesse et à la faiblesse de l'organisation physique ou morale du malade.

Douche baveuse de Vidal ou douche tempérée sédative.

Impliquée ou non dans la controverse soulevée, et non résolue, à propos de l'opportunité des douches mitigées, la douche baveuse de Vidal, ou douche tempérée sans pression, semble très particulièrement appelée à remplir un rôle en thérapeutique mentale. Utilisant une large pomme d'arrosoir, elle consiste à faire « baver, » de haut en bas du corps, et plus particulièrement sur les côtés de la colonne vertébrale, de l'eau tiède et d'un contact agréable, comme en « une sorte de caresse destinée à engourdir le patient. » Beni-Barde [1].

Cette aspersion spéciale, presque exempte de percussion, doit être prolongée (de 3 à 8 minutes) et suivie d'un simple essuyage avec un linge fin et chauffé que l'on promène d'une façon régulière sur toute l'étendue de la peau (Beni-Barde) [2].

Imaginé par Vidal, de l'hôpital Saint-Louis, et vulgarisé par M. Jaquet, ce procédé a donné, mieux que le bain et la piscine tièdes, de bons effets sédatifs et curatifs dans des cas de dermatose prurigineuse relevant d'une organisation nerveuse déséquilibrée et disposée aux troubles trophiques.

Or cette supériorité d'action de la douche tempérée sans pression s'étend bien au delà de ces manifestations cutanées d'un déséquilibre nerveux. Cela paraît logique, et c'est aussi l'opinion de M. Beni-Barde [3] qui, appréciant, à un point de vue général, les effets sédatifs de l'un et l'autre procédés. écrit : « Le bain et le demi-bain ayant une durée assez longue et alimentés avec de l'eau à la température agréable, produisent des résultats à peu près analogues. Mais la masse liquide qui enveloppe le patient, et dont le degré de chaleur varie souvent dans le cours de l'opération, compromet parfois la vertu apaisante de ces immersions; *elle est, en effet, bien inférieure à celle de la douche et n'offre pas la même sécurité.* »

(1) Beni-Barde, *Exposé de la méthode hydrothérapique*, p. 123.
(2) Id., *ibid.*, p. 126.
(3) Id., *ibid.*, p. 298.

D'autant plus calmante que sa durée est relativement plus longue et sa percussion moindre, la douche baveuse, selon le même auteur (1), « apaise l'excitation nerveuse, amoindrit l'acuité de la chaleur, anéantit les spasmes musculaires, dissipe l'hyperesthésie du derme, exerce une action hypotensive sur le cœur et sur les vaisseaux sanguins, amène le sommeil et détermine dans l'économie tout entière un calme inexprimable. C'est la douche sédative par excellence, agissant directement en toute indépendance, sans provoquer d'autres effets que ceux qu'on lui demande... Elle convient principalement aux neurasthéniques, aux agités, aux mélancoliques, aux hypochondriaques, à ceux qui passent de longues nuits sans sommeil, à ceux qu'amaigrit une désassimilation trop précipitée ou que trouble une circulation entravée dans son cours par une hypertension redoutable ou des spasmes plus ou moins tenaces du cœur et des vaisseaux sanguins, à certains tabétiques, aux névropathes qui ont de l'irritation cérébro-spinale, aux personnes enfin que la fatigue et la lassitude exaspèrent, comme à tous ceux qui réclament le calme et l'apaisement. »

Dans certains cas de nervosisme avec anémie profonde, M. Beni-Barde fait suivre la douche tempérée d'une douche modérément froide ; parfois aussi, chez des personnes affaiblies, il juge utile de terminer la séance par une très courte aspersion dirigée sur les membres inférieurs.

De tels résultats se montrent pleins de promesses, et l'on entrevoit aisément tout le parti que peut en tirer la médecine mentale : tout au moins on se rend compte qu'à côté du bain tiède prolongé, qui semble devoir être encore considéré comme l'agent sédatif de choix, la douche tempérée sans pression doit prendre place parmi les avantageuses pratiques de sédation.

Ainsi en ont jugé, du reste, les médecins étrangers qui, sous la forme d'une douche fixe et sous la désignation de *bain en pluie* ont fait de la douche tempérée sans pression une méthode générale de sédation à l'usage de psychoses.

(1) Beni-Barde, *Exposé de la méthode hydrothérapique*, p. 125 et 298.

Bain en pluie.

Peu différent du bain d'affusion de Brocard, et constituant, comme ce dernier, une simple modalité de la douche fixe en pluie à faible pression, le bain en pluie jouit d'un grand crédit auprès d'un certain nombre d'auteurs américains.

Dans le procédé que décrivait, en 1872, le docteur J. A. Campbell, une plaque de zinc perforée, de quatorze pouces de diamètre, tenait lieu de pomme d'arrosoir. L'eau tombait sur la tête du patient de la hauteur de cinq pieds et dans la proportion de dix-huit litres par minute. Cette application, qui se faisait le matin, au sortir du lit, ne dépassait point la durée d'une minute pour les hommes et d'une demi-minute pour les femmes. Selon les cas, elle se poursuivait, au cours de périodes qui, dans la pratique de Campbell, varièrent de quelques jours à des mois, et même, dans un cas, à deux ans.

Cet auteur, faisant connaître les résultats de cette médication, concluait : « Un léger bain en pluie, chaque matin, semble extrêmement utile dans le traitement de certains états du système nerveux liés à l'aliénation mentale et spécialement les suivants : 1° manie puerpérale, à la période dépressive ; 2° manie hystérique, chez les jeunes filles ; 3° état ayant quelque analogie avec le précédent, chez les jeunes garçons et chez les jeunes gens, et dépendant de causes sexuelles ; 4° cas d'excitation persistante sans cause organique. »

Bien plus récemment, le docteur Emmet C. Dent [1], de New-York, rapportait à son collègue, le docteur Baruch, le mérite d'avoir, en même temps que propagé l'hydrothérapie dans son pays, introduit dans son service l'usage à peu près exclusif du bain en pluie (rainbath) ou de la douche d'eau pulvérisée (spray douche bath) : « Comme toutes les innovations, dit-il, ce changement a provoqué l'opposition des malades et des infirmiers ; mais peu à peu la répugnance a disparu et les *tubs* ont partout remplacé les baignoires. Et ils sont maintenant en si grande faveur qu'un essai de la baignoire rencontrerait une résistance auprès des infirmiers et

(1) Emmet, C. Dent, *loco citato*.

des malades. Ayant moi-même fait l'expérience des deux, si j'avais à discuter les avantages du bain d'immersion contre ceux du bain ou de la douche en pluie, je dirais sans hésitation que le premier n'a rien en sa faveur, tandis que l'emploi des seconds économise le local et l'eau froide ou chaude, tout en permettant de traiter plus de malades en moins de temps et en exigeant moins d'infirmiers. Elle donne, en outre, une plus grande propreté, diminue le danger des contagions et supprime la lutte entre patients et infirmiers autour de la baignoire. Enfin l'accusation, portée contre certains grands hôpitaux, de faire servir la même eau pour plusieurs personnes et de ne pas nettoyer suffisamment les baignoires après chaque bain, tombe d'elle-même. »

Bains d'aspersion savonneux.

C'est dans la voie indiquée par Emmet C. Dent qu'est entré M. Maxime Dubuisson de Braqueville(1), en étendant l'usage de la douche en pluie à faible pression au plus grand nombre des malades de son asile.

Toutefois le côté hygiénique semble avoir ici absorbé le rôle thérapeutique — pourtant plein d'intérêt et de promesses — d'une semblable application.

« Les *bains d'aspersion*, dit M. Dubuisson, donnés à une faible pression de quatre mètres environ, plaisent beaucoup aux malades, qui les craignaient d'abord et qui, aujourd'hui, réclament la petite douche. Leur installation est très simple : un bac mélangeur, contenant un mètre cube, est placé à environ 3 m. 50 de hauteur ; on y prépare l'eau à la température voulue et quatre pommes d'aspersion sont fixées sur l'un des côtés de la piscine à environ un mètre de la tête du malade, qui descend dans la piscine et vient se placer sous la douche en pluie ; il est ainsi aspergé, savonné, frotté, puis rincé et enfin séché ; c'est une petite lessive qui dure à peine cinq minutes et qui nécessite en moyenne dix litres d'eau par malade et par bain.

« L'eau qui a été utilisée tombe dans la piscine où il est facile d'en

(1) Dubuisson, *Notice sur l'asile de Braqueville*, Toulouse, 189?

laisser quelques centimètres pour laver plus spécialement les pieds des malades, et elle s'écoule ensuite dans les aqueducs.

« Ces bains plaisent beaucoup ; les malades les réclament ; ils nous paraissent préférables aux bains de piscine en commun qu'on donne dans certains asiles. »

Affusion.

L'affusion consiste à verser, à l'aide d'un seau ou d'un arrosoir, et de la hauteur de quelques centimètres, une large nappe d'eau sur les épaules, le dos et la poitrine du patient nu, debout ou assis dans un récipient qui, pour l'aliéné, sera habituellement une baignoire.

Tartivel (1) faisant le rapprochement comparatif des applications hydrothérapiques de l'eau froide, immersion, douches et affusions, déclare que si elles ne présentent pas dans leur action des différences absolues, il est, entre elles, des différences relatives assez grandes pour mériter qu'on en tienne compte dans la pratique. Aux bains appartiendra surtout l'action sédative, à la douche l'action stimulante, à l'affusion, qui tient à la fois du bain et de la douche, une action mixte : « Les affusions froides peuvent, dit-il, produire tantôt des effets stimulants ou excitants, tantôt des effets sédatifs, suivant la température de l'eau et suivant la durée d'application de ce liquide. Mais elles sont plus aptes que toutes les autres formes à la production des effets mixtes. Ces effets s'obtiendront plus facilement et plus sûrement avec une eau à la température de 14 à 16° et lorsque la durée totale de l'affusion ne dépasse pas cinq ou six minutes. Si l'on veut que l'action stimulante prédomine, la température de l'eau devra être abaissée à 12 et même 10° centigr. et la durée de l'affusion réduite à une, deux, trois minutes au plus ; enfin, si l'on a besoin surtout de l'action sédative, l'eau, ayant une température de 14 à 16° sera versée lentement sur le corps pendant un espace de temps qui peut varier entre 6, 10 et, par exception, 16 minutes. Dans ce dernier cas, si l'application doit être générale et non partielle, il est presque toujours plus avantageux de substituer l'immersion à

(1) Tartivel, *Dictionnaire de Dechambre*, art. Affusion, p. 60.

l'affusion. L'effet est plus sûr et plus exempt d'inconvénients. »
M. Beni-Barde ([1]), pour obtenir l'effet sédatif de l'affusion, élève la température de l'eau jusqu'aux degrés de la zone neutre.

Dans son adaptation au traitement des affections nerveuses et mentales, l'affusion semble avoir assez généralement suivi le sort du bain :

Aux premiers âges de la médecine, Asclépiade l'utilisait dans les névroses, Celse dans la folie triste, Arêtée dans la frénésie.

Bien plus tard, au xvie siècle, Ugulino di Monte ([2]) rééditait cette médication en recommandant les affusions froides dans la débilité de la tête. En 1865, Gunther d'Andernach l'emploie pour procurer du sommeil.

Avec les Anglais Wright et Currie (fin du xviiie siècle), la pratique des affusions prenait, en thérapeutique générale, une très grande extension, mais sans profits notables pour le traitement des psychoses.

En 1821, Frölich signalait les indications de l'affusion dans la mélancolie et la manie, Pitschaft dans le délirium tremens et la mélancolie.

En 1838, Esquirol reprend le bain d'affusion de Currie, qui « s'administre en plaçant le malade dans une baignoire vide et en versant sur sa tête de l'eau fraîche dont on baisse la température à chaque bain. » Il y a recours plus spécialement dans les cas où le bain tiède est resté sans succès, allant parfois jusqu'à provoquer une réaction fébrile, et souvent aboutissant à la sédation et à la guérison des maniaques furieux. Notons que les observations fournies, à cet égard, par l'auteur se rapportent surtout à des sujets hystériques.

Vers la même époque, les médecins anglais Fox, Wilkes, Casson, Bryan, Tyerman, Pradley appliquent les affusions froides concurremment avec les bains froids ou chauds : « On regarde ici, dit Wilkes ([3]) en résumant la pratique suivie à l'asile de Stadffort, les bains chauds et les affusions comme des remèdes

(1) Beni-Barde, *Exposé de la méthode hydrothérapique*, p. 267.

(2) Ugulino di Monte, cité par Scoutteten, *De l'eau ou de l'hydrothérapie*, p. 60.

(3) Wilkes, *Du traitement de l'aliénation mentale dans les asiles d'Angleterre, d'après la dernière enquête faite par la Commission des Aliénés*, in *Annales Médico-Psych.*, 1849, p. 54.

d'une grande importance dans le traitement de la manie. Le bain chaud paraît avoir une grande influence dans les cas de grande excitation et peut généralement être prescrit sans inconvénient. *Les affusions tièdes ou froides, employées avec précautions, sont aussi un moyen puissant de calmer les paroxysmes, et beaucoup de malades reconnaissent que ce n'est qu'à elles qu'ils doivent leur guérison.* Elles paraissent très utiles dans les cas de manie avec chaleur de la tête et augmentation de l'activité vasculaire, lorsqu'il ne vient pas s'y joindre un trouble général de l'organisme ou des symptômes morbides de la poitrine ou de l'abdomen. Dans cette dernière circonstance, elles sont contre-indiquées ; il faut leur substituer le bain chaud. »

Bryan[1] trouve que le bain d'affusion est surtout utile, quand il y a des symptômes d'hystérie. (Currie avait de même observé la plus grande efficacité dans les névroses convulsives). Tyerman[2] voit dans les bains chauds avec affusions froides, quand elles peuvent être supportées, un des remèdes les plus importants dans le traitement de la folie, spécialement dans la forme aiguë.

Nous retrouvons l'affusion à l'asile Saint-Yon, sous Morel et son élève Brocard. Tantôt utilisée comme agent de prophylaxie prévésanique chez les névropathes, tantôt comme moyen de préparation à la grande douche froide, elle y servait communément de complément immédiat du bain tiède (27 à 30°) plus ou moins prolongé : « Quand le malade sort de ce bain, dit Brocard, on l'amène à la salle des douches, où il reçoit une affusion légère d'eau froide en pluie pendant une ou deux minutes. Ce moyen nous a réussi pour amener une sédation rapide et prompte chez les maniaques les plus furieux ; il a, en outre, l'avantage d'amener une stimulation légère de la peau et de rendre le malade moins impressionnable à l'action du froid. Lorsque l'agitation disparaît, nous cessons aussi le bain tiède et nous soumettons le malade à l'action de la douche, afin de relever ses forces. »

Tout en constatant que cette pratique combinée des bains tièdes et de l'affusion froide avait trouvé certains sujets réfractaires, tels que ceux « atteints de folie alcoolique dépendant de

(1) Bryan, *ibid.*
(2) Tyerman, *ibid.*

prédispositions héréditaires de mauvaise nature », Brocard croyait pouvoir la présenter comme un succédané avantageux de la méthode de Brierre de Boismont : « Les bains prolongés pendant 18 et 24 heures, comme les emploie M. Brierre de Boismont dans les affections qu'il désigne sous les noms de manie aiguë, délire aigu simple des ivrognes, manie puerpérale, monomanies tristes avec symptômes aigus, seront heureusement remplacés par des bains de quatre heures de durée, suivis d'une affusion froide. Ces moyens ont l'avantage de ne pas produire un affaiblissement aussi considérable, d'amener une sédation plus prompte et de rendre le malade moins impressionnable à l'action du froid. Sous l'influence de ce traitement, l'agitation a cessé ordinairement après 6, 8 ou 10 jours au plus; et pour remonter les forces de nos malades, pour améliorer leur constitution, nous les avons soumis à des douches et affusions froides, associées ou non aux toniques et à des ferrugineux, suivant les indications. »

Reverchon, mettant en parallèle les diverses applications rapides de l'eau froide, déclare que l'affusion mérite la première place après la douche. Cet auteur, évoquant à l'appui de sa conviction la thèse de Sauze snr *la stupidité*, ajoute qu'il est facile de voir que c'est aux affusions froides que revient la plus grande part dans les guérisons rapportées.

Plus récemment, M. Beni-Barde a appelé l'attention des médecins sur ces indications de l'affusion dans des cas de folie dominés par la stupeur : toutefois, il faut avouer que ce procédé a singulièrement perdu de son ancien prestige parmi les aliénistes français, puisque MM. Garnier et Cololian ni les auteurs du *Traité de Thérapeutique* de M. Albert Robin ne croient devoir en faire mention.

Faut-il donc admettre que le crédit de l'affusion, si longtemps et si bien patronnée, ait dû rationnellement aboutir à pareille faillite ? Assurément non.

Si, en vertu d'organisations hydrothérapeutiques plus perfectionnées, le seau et l'arrosoir se suppriment de nos asiles, tout comme le nom qui désignait leur emploi, le procédé reste, quelles qu'en soient les appellations et les formes nouvelles : nous retrouvons, sans peine, l'affusion, aussi bien dans les applications complexes du demi-bain allemand que dans celles de la douche à

faible pression (douche baveuse de Vidal ou bain en pluie des Américains).

Demi-bain.

Esquirol parle du demi-bain, qu'il prescrivait dans le traitement de la manie, mais sans spécifier en quoi il consiste.

Procédé composite, fait d'affusion et d'immersion, le demi-bain a conquis une grande place dans la thérapeutique psychiatrique allemande.

Thomsen(1) constate qu'il est, en Allemagne, le plus usité des procédés de balnéation dans le traitement des psychoses et des névroses.

D'autre part, M. Morel de Mons nous apprend qu'il constitue, dans ce pays, la médication principale de la neurasthénie. Et, suivant cet auteur, le mode d'emploi du demi-bain serait, en ces cas, le suivant: « La baignoire n'est remplie d'eau qu'à une hauteur telle qu'elle n'atteigne que le creux de l'estomac, lorsque le malade s'y trouve assis. Le malade y ayant pris place, un baigneur lui verse de l'eau du bain sur le dos, tandis que le patient s'en sert pour se frictionner la partie inferieure de la poitrine. Le malade prend alors une brosse à frictions ou un linge rugueux et se frictionne toute la face antérieure du corps : le baigneur continue l'opération pour le reste du corps. Chez les patients très irritables ou qui se fatiguent très vite, on peut abandonner complètement la friction au soin du baigneur. Dans les cas où le malade accuse une faiblesse spéciale dans les jambes, Löwenfeld remplace la friction par le massage. La friction étant terminée, on plonge, pendant un petit temps, le corps dans le bain et on termine l'opération en arrosant le dos à l'aide d'un seau ou d'un arrosoir tenu à une hauteur moyenne. Si le demi-bain est administré sans avoir réchauffé (artificiellement) le corps au préalable, Löwenfeld se sert exclusivement d'une température variant entre 30 et 23° c. D'après l'état de la nutrition du malade, de ses habitudes à prendre des bains frais et des phénomènes nerveux qu'il présente, il préfère les bains de 29 à 27° c. L'arrosage du dos

(1) Thomsen, *loco citato.*

s'effectue avec une eau qui possède environ 4° c. de moins que la température du bain, et la durée de l'opération n'excédera pas six minutes. Les demi-bains peuvent prédisposer aux congestions de la tête, en raison de la contraction brusque des vaisseaux cutanés au moment de l'action. De là la nécessité de recourir à des moyens préservatifs, tels que le lavage préalable de la tête, de la face, du cou et de la poitrine avec de l'eau froide. »

En matière plus étroitement psychiatrique, le demi-bain a été, selon les auteurs et selon les indications prévues, administré à des températures variables.

Richter [1] a fait du demi-bain, à 24°, un traitement de transition entre la méthode sédative des grands bains chauds, à 27°, et la méthode stimulante où le demi-bain n'est plus donné qu'à 20°, et même remplacé par les bains froids à 12°.

Pinoff [2] emploie le demi-bain de 16 à 23° dans les formes éréthiques de la folie, de même que les emmaillotements humides et froids d'une demi-heure de durée et suivis d'un demi-bain. Aux formes torpides, il réserve des bains froids de 12° avec frictions, des demi-bains froids à 15°, des emmaillotements froids et courts d'un quart d'heure de durée, suivis d'un demi-bain à 15°.

Thomsen [3] estime que la température du demi-bain doit varier entre 25° et 15°, que sa durée ne doit pas dépasser 6 à 8 minutes, et il signale, comme contre-indications, le collapsus, une grande débilité, la disposition aux hémorragies. Quant aux indications, elles lui paraissent se tirer généralement des états dépressifs où domine l'apathie, l'indifférence, la stupeur. C'est dans la mélancolie que, selon cet auteur, doit être prescrit de préférence le demi-bain, concurremment avec les lotions froides et les emmaillotements froids de courte durée.

Winternitz [4] attire l'attention sur la distinction qui lui paraît devoir être faite, au point de vue du traitement hydrothérapique des psychoses, entre les états hyperhémiques et anémiques du cerveau. Aux premiers, qui s'accompagnent d'agitation, il oppose

(1) Richter, *Zur Balneotherapie psychotischer Zurtande. Centralbt. fur nervenheitkunde*, 1879, 3. Cité par Thomsen, *Rapport au Congrès de Bonn.*

(2) Pinoff, *Hydrothérapie, 1879.* Cité par Thomsen. *Rapport au Congrès de Bonn.*

(3) Thomsen, *Rapport au Congrès de Bonn.*

(4) Winternitz, cité par Thomsen, *Rapport au Congrès de Bonn.*

les demi-bains tièdes avec compresse froide autour du cou, les emmaillotements humides et des applications froides sur la région précordiale. Aux seconds, sauf en cas de débilité excessive ou de dangers de collapsus et d'hémorragies, il accorde préférablement des demi-bains froids de 16 à 18° c. extrêmement courts et parfois limités à un simple plongeon rapide (1).

Dans bien des cas le demi-bain lui paraît être l'utile complément des enveloppements froids et des bains de sueur.

M. Beni-Barde n'aborde pas les indications psychiatriques du demi-bain, mais il fait observer que « quand on veut, à l'aide du procédé, atténuer la susceptibilité nerveuse du malade, il faut en prolonger la durée et donner à l'eau une température agréable (2). » « Autrefois, ajoute-t-il, on employait souvent le demi-bain pour clore les séances de maillot sec ou de maillot humide qui, dans les anciens établissements, commençaient toujours la journée hydrothérapique. Aujourd'hui ces emmaillotements sont plus rarement utilisés, et, dans certains asiles, ils sont remplacés par des demi-bains dont l'intervention quotidiennement réglée joue un rôle très important dans la méthode réfrigérante. Je connais des établissements où l'on administre plus de demi-bains que de douches, parce qu'à leur action spéciale viennent s'ajouter des effets coercitifs et même suggestifs que la douche ne peut pas toujours procurer. »

Ablutions et lotions.

Les ablutions et les lotions représentent le dernier terme des applications générales susceptibles d'intervenir en hydrothérapie psychiatrique.

Employées froides, elles pourront servir à tâter la susceptibilité de certains malades à l'endroit des pratiques froides ; d'autres fois, elles seront un excellent moyen d'y acclimater les sujets délicats.

(1) Winternitz, cité par Morel de Mons, *Hydrothérapie dans les maladies mentales*, 1889, p. 27.

(2) Beni-Barde, *Exposé de la méthode hydrothérapique*, p. 240.

L'hygiène et la prophylaxie n'ont pas de plus faciles, et, par cela même, de plus utiles auxiliaires.

Ablutions et lotions se font à l'aide d'une grosse éponge ou d'un linge imbibé d'eau froide promenés rapidement sur tout le corps. La réaction, toujours aisée, sera néanmoins favorisée par des frictions, la marche ou un retour au lit, si l'application a lieu au moment du lever.

« Les ablutions froides excitent légèrement la peau, dissipent la fatigue et les spasmes qu'elle provoque, accélèrent la circulation périphérique, fortifient les personnes affaiblies, et, finalement, réveillent l'énergie de l'organisme. Celles qui sont faites avec de l'eau modérément chaude, calment les nerfs et procurent souvent du sommeil. Les ablutions très chaudes provoquent un spasme des vaisseaux superficiels, font cesser rapidement des douleurs et dissipent des gonflements dont le siège est facilement accessible, comme cela a lieu dans les nevro-myalgies superficielles ou la procidence des hémorrhoïdes. » — Beni-Barde (1).

Bains turcs et russes.

La pratique des bains russes et turcs se rattache essentiellement à la méthode spoliatrice et dépurative, mais elle est aussi en rapport avec cette nécessité, sur laquelle insistait Fleury, de mettre la température animale en harmonie avec les besoins de la réaction hydrothérapique.

Fleury avait constaté, pour sa part, qu'une élévation notable de cette température avait le pouvoir de tempérer et de rendre inoffensifs les efforts de la réaction suscités par les applications froides immédiatement consécutives : et c'est en vue d'un tel résultat qu'il faisait si communément précéder ses douches d'un réchauffement du corps au moyen des étuves, des emmaillotements prolongés, etc.

A cette combinaison d'applications successivements chaudes et froides, sous la forme d'étuves et d'une rapide douche froide, répondent les bains turcs qui utilisent l'étuve sèche et les bains russes qui utilisent l'étuve humide.

(1) Beni-Barde, *Exposé de la doctrine hydrothérapique*, p. 269.

Bains turcs. — L'emploi du bain turc en médecine mentale ne paraît guère avoir séduit les aliénistes français, alors que certains auteurs étrangers en font grand cas.

« Je me trompe fort, disait Sheppard (1), si le bain turc ne vient pas nous apporter un auxiliaire thérapeutique dont nous avons tant besoin. Son influence est très remarquable dans certaines formes de l'aliénation. Dans les cas de mélancolie, il paraît déterminer une action salutaire de la peau jusqu'alors impossible. Tous les phénomènes de la nutrition, jusqu'ici arrêtés, reprennent avec une nouvelle vigueur. Les constitutions épuisées et amaigries offrent une ampleur de formes qui n'a pas de rapport avec l'obésité. L'appétit reparaît ainsi que le sommeil. »

En 1887, Kellog (2) mettait au nombre des indications du bain turc la stase capillaire et la cyanose des extrémités que l'on observe dans la mélancolie stupide, dans la stupeur catatonique et autres variétés de la folie.

En 1889, Henri Backer (3) a préconisé, à son tour, l'usage du bain turc : 1° comme agent curatif dans les différentes formes de la folie alcoolique et autres folies toxiques, dans les cas de démence partielle que l'on observe chez les goutteux d'un âge mur ou avancé, dans les formes de mélancolie accompagnées de sécheresse de la peau et de troubles de la fonction hépatique, dans la folie épileptique, dans la paralysie générale des aliénés, surtout à la première période, dans la folie chronique.

Forbes Winslow (4) voit dans le bain turc un arsenal thérapeutique complet, et Roland Niles (5), moins excessif, le considère néanmoins comme un agent de grande valeur dans le traitement des maladies mentales : les cas de folie toxique et certains délires mélancoliques avec peau sèche et brûlante lui paraissent surtout justiciables d'un procédé si éminemment apte à canaliser vers la peau et à éliminer par la sueur les déchets d'un métabolisme accru. Par contre, il voit des contre-indications dans les états d'excita-

(1) Sheppard, *Cas traités par l'usage des bains turcs* (*Annales Médico-Psychol.* juillet, 1867, p. 187).
(2) Kellog, *New-York medical*, Journal, 15 octobre 1887.
(3) Backer, *Archives de neurologie*, 1812, p. 234.
(4) Forbes Winslow, cité par Roland Niles, *The american journal of insanity.* January, 1899.
(5) Roland Niles, *ibid.*, p. 445.

tion associés à une profonde dépression nerveuse et vasculaire, dans les cardiopathies caractérisées par l'asthénie du myocarde ou la dégénérescence des artères.

Plus récemment, le docteur Emmet C. Dent [1], de New-York, a vanté l'action du bain turc sur l'accélération des échanges métaboliques, sur ses effets éliminateurs et calmants : « Quand on l'applique à propos, dit-il, l'étuve produit sur tout le système nerveux une action sédative qu'on ne pourrait obtenir par n'importe quel autre remède. » Il déclare en avoir fait usage lui-même dans des folies d'origines toxi-infectieuses, sous la forme d'applications fort courtes (10 minutes), à une température de 70° environ, suivies d'une douche froide en jet ou en aiguilles.

Bain russe. — Moins apte à favoriser la sueur, mais aussi moins dépressif que l'étuve, et « si facile à supporter qu'il n'y a pas pour ainsi dire de personnes qui lui soient réfractaires » (Beni-Barde), l'étuve humide suivie d'une douche froide constitue le bain russe.

Déjà Sheppard avait signalé l'avantage qu'il y avait à remplacer un air très sec par une atmosphère chargée de vapeurs. Mais Roland Niles s'est nettement prononcé en faveur du bain russe dans les cas de neurasthénie, de mélancolie, chez les hystériques et la plupart des sujets déprimés, quand leur débilité n'est point extrême : « Le bain russe, dit-il, abat moins que le bain turc. On peut l'employer dans les cas où la force de résistance est moindre. Pour nous, le bain russe, accompagné de frictions avec du sel, a remplacé dans la pratique, et pour bien des cas, le bain turc. La technique du bain russe varie avec l'état du patient. Ordinairement, le patient entre dans la chambre à vapeur, à la température de 100° F. (37° c.). Il y reste de dix à vingt minutes, pendant lesquelles on relève la température à 110 ou 115° F. Il prend alors un bain tiède, suivi d'un massage au savon. On enlève le savon au moyen de la douche; puis toute la surface cutanée est rapidement frictionnée avec du sel fin humecté. On remplit de nouveau la chambre de vapeurs, jusqu'à ce que la transpiration apparaisse; alors on remet le patient sous la douche dont on baisse graduellement la

(1) Emmet C. Dent, *Hydriatic procedures an adjunct in the treatment of insanity* (*The american journal of insanity*, July 1902, p. 93).

température de 60 à 50° et même 40° F. (de 15 à 5° c.), et que l'on continue jusqu'à ce qu'il soit complètement refroidi. On le porte ensuite à la table de massage où on peut lui faire des frictions d'alcool ou de beurre de cacao, ou un massage avec ou sans faradisation..... Des bonnes conditions du refroidissement dépend, en grande partie, le bon résultat du bain (1).

On sait que Reverchon et son maître Baume avaient aussi fait choix du bain russe pour traiter tous les états de folie autres que l'extrême agitation maniaque (à laquelle était réservé le bain prolongé de Brierre) : « Cette méthode, écrit Reverchon (2), peut rendre des services importants au triple point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie, et du traitement des affections mentales. Elle convient surtout au traitement de la stupidité et de la folie hystérique ; elle n'est pas moins utile dans celui de l'hypochondrie..... »

Applications partielles.

Sous cette désignation, nous rangerons les applications d'hydrothérapie partielles les plus susceptibles d'offrir un appoint utile au traitement des maladies mentales.

Bain de siège. — Parmi ces pratiques, le bain de siège est l'un des plus accrédites en Allemagne.

Finkelburg (3) l'a appliqué, concurremment avec les emmaillotements et les douches ascendantes froides, au début des troubles psychiques.

Richter (4) prescrivait le bain de siège froid prolongé, soit dans l'hystérie et l'hypochondrie, soit dans le délire furieux.

Griesinger (5) voyait là une des rares médications pouvant servir au traitement de la paralysie générale.

Il semble, surtout après les observations expérimentales faites par Winternitz, que l'action directement dérivative du bain de siège chaud ne doive pas être moindre, soit en ces cas de paralysie

(1) Roland Niles, *loc. cit.*
(2) Reverchon, *loc. cit.*
(3) Cité par Thomsen, *Rapport au Congrès de Bonn.*
(4) *Ibid.*
(5) *Ibid.*

générale, soit en tous autres caractérisés par un état congestif du cerveau.

M. Morel (1), de Mons, oppose à l'excitation sexuelle des bains de siège tempérés, de 20 à 28° centigrades, qu'il prolonge jusqu'à quinze minutes.

Tout le monde connaît l'utile emploi du bain de siège froid dans la spermatorrhée d'origine atonique.

Pédiluves. — Employé froid ou chaud, le bain de pied procède du même mécanisme physiologique que le bain de siège, et ses indications, faciles à déduire, viseront, dans l'espèce, les accidents d'hyperhémie cérébrale.

Musso et Bergesio (2) ont constaté expérimentalement qu'un bain de pieds chaud de 40 à 42° détermine les mêmes phénomènes, mais moins accusés, qu'un grand bain chaud : c'est, dans les trois ou quatre premières minutes, une congestion veineuse avec ralentissement des battements du pouls, puis de l'anémie cérébrale, avec accélération du pouls, qui persiste assez longtemps après la cessation du bain.

M. Morel (3), de Mons, signale que Schüle prescrit, tous les soirs, des bains de pieds ou de larges sinapismes, à des maniaques chroniques présentant des symptômes de congestion et d'excitation.

Emmaillotements partiels. — Bien plus commodément que la balnéation, l'emmaillotement peut donner lieu à d'utiles applications partielles. Celles-ci peuvent varier de siège et d'étendue, depuis la simple compresse jusqu'au demi-maillot.

Le demi-maillot froid, moins énergique que l'emmaillotement humide complet, mais aussi moins susceptible d'impressionner âcheusement les centres nerveux, mieux toléré, et, partant, plus facile et moins sujet à contre-indications, s'étend de la hauteur des aisselles jusqu'au niveau des genoux. « Employé dans certains cas d'insomnie rebelle ou d'excitation cérébrale provenant d'une perturbation des organes de la région abdominale, sa durée

(1) Morel, de Mons.
(2) Musso et Bergesio, cités par Bottey. *Traité d'Hydroth. médicale*, p. 170.
(3) Morel, de Mons, *loco citato*, p. 45.

d'application est, la plupart du temps, de 2 à 3 heures ; mais, employé contre l'insomnie, le demi-maillot peut sans inconvénients rester en place pendant toute la nuit, alors même que le malade sommeille. Il sera utilement suivi d'une lotion froide » Beni-Barde [1].

A la place du demi-maillot froid, certains ont employé très utilement contre l'insomnie une sorte de très large compresse humide et tiède formant ceinture autour des lombes et de l'abdomen et recouverte d'une toile imperméable. Cette application est maintenue en place toute la nuit.

Un procédé, qui peut être rapproché du demi-maillot, comme le pédiluve du bain de siège, consiste dans l'application de compresses aux mollets. Les résultats de la pratique de M. de Gelhorn [2] lui ont montré que ce moyen très simple agissait comme moyen dérivatif à l'égard de la circulation cérébrale et décongestionnait les centres céphaliques. L'auteur l'a toujours employé utilement, notamment contre l'insomnie, et, dans ces cas, le calme diurne du lendemain dépasse celui que pourrait produire n'importe quel médicament. Des résultats favorables ont été obtenus aussi dans les manies récentes et périodiques, dans les formes d'agitation chronique. Ce moyen est employé de la façon suivante : un morceau d'étoffe, long de deux mètres et demi, est roulé et plongé, dans le tiers de sa longueur, dans de l'eau froide ; on l'exprime en le tordant, et l'on entoure les jambes de telle sorte que les tours secs recouvrent partout de plusieurs couches les tours humides. On peut encore lier par-dessus un morceau de laine ou un bas. On place ce bandage le soir, au lit, pour l'enlever le lendemain matin.

Douches locales. — Les douches locales ont un emploi fort restreint en médecine mentale. Toutefois on peut en admettre l'indication éventuelle, puisque Burgonzio [3] s'est servi avec succès de la douche plantaire dans des cas d'excitation, d'insomnie, de céphalée habituelle.

(1) Beni-Barde, *Traité d'hydroth.*, p. 111.

(2) Dr Gelhorn, (*Allgm. Zeitsch. für Psychiatrie*, XLI-1). Archives de neurologie. T. IX, 1885, p. 114. Analysé par M. Kéraval.

(3) Burgonzio, cité par Bottey, *Traité d'Hydroth. médicale*, p. 143.

Affusions locales. — De même que la douche plantaire ou exclusivement dirigée vers les membres inférieurs, de même que les compresses aux mollets de M. de Gelhorn, des affusions localisées à la région des jambes seront capables de déterminer, parfois, une utile dérivation et décongestionner de la sorte les organes de l'extrémité céphalique.

Applications glacées ou froides sur la tête. — A titre de médication, le plus souvent associée, nous devons encore signaler les applications de glace sur la tête, mises à profit dans les cas de manie grave et accompagnée d'hyperhémie intense.

Ce procédé est ancien. Outre que Pomme l'utilisait fréquemment, les médecins aliénistes anglais de la fin du XVIIIe siècle en faisaient le traitement préféré de la folie (Ellis.)

Foville s'est fait, en France, le vulgarisateur de ce moyen plus communément approprié aux affections inflammatoires aiguës du cerveau.

Le plus souvent c'est aux seules compresses froides que l'on a recours, ou bien encore à la calotte à eau froide de Leiter ou de Winternitz.

CHAPITRE IV

VUE D'ENSEMBLE SUR LES INDICATIONS BALNÉOTHÉRAPIQUES DANS LES MALADIES MENTALES.

Après avoir passé en revue les procédés hydrothérapiques usités en balnéothérapie psychiatrique, consulté et écouté les principaux témoins de leurs succès ou insuccès, comment apprécier?

Je laisse, bien entendu, au XV[e] Congrès, le soin de rendre un jugement, sinon définitif, du moins plus autorisé, en matière d'un tel procès dont j'ai eu mission de rapporter les éléments devant vous.

Ici ma tâche se bornera, surtout, à n'être, sous une forme synthétique et éclectiquement ordonnée, qu'un essai d'appropriation de ce qui vient d'être exposé aux besoins de la pratique, mentale.

Mais, tout d'abord, n'y a-t-il point à vider une vieille querelle entre ce qu'il est convenu d'appeler *l'empirisme* et la *science*, ou plus particulièrement entre *l'hydrothérapie empirique* et *l'hydrothérapie rationnelle*, ces deux collaboratrices d'instruction différente, mais convergeant vers un même but, la vérité scientifique, et par le moyen souverainement meilleur, l'observation ?

Fleury avait-il tant raison de s'opposer à Priessnitz, lorsque, en 1855, il écrivait : « Il existe donc deux hydrothérapies : l'hydrothérapie de Grœfenberg et l'hydrothérapie de Bellevue. Dans l'état actuel des choses, l'hydrothérapie de Grœfenberg ne devrait plus être qu'un souvenir historique, qu'une espèce de légende; mais en médecine, les notions nouvelles semblent avoir d'autant plus de peine à se répandre et à prévaloir qu'elles sont plus sérieuses, plus variées, plus utiles, plus simples, qu'elles s'éloignent davantage de l'extraordinaire, du merveilleux, du charlatanesque. Nous

avons subi la loi commune; malgré quinze ans d'enseignement et de publications, il n'existe encore, pour beaucoup de personnes, qu'une seule hydrothérapie, celle de Grœfenberg, celle de Priessnitz, celle qui n'est qu'un assemblage bizarre, incohérent, de pratiques utiles et inutiles, rationnelles et irrationnelles, bienfaisantes et dangereuses, souvent mortelles [1]. »

A quoi Baldou, impatienté par tant de prétention, répliquait : « ... Toujours est-il qu'il n'y eut jamais, peut-être, plus de pitoyable médecine que la médecine enseignée et pratiquée, dans ces derniers temps, d'après les doctrines physiologiques [2]. »

Et, quelques années après, mis en présence des faits eux-mêmes, M. Beni-Barde pouvait dire, à son tour : « Entre les succès de Priessnitz et ceux de la méthode de M. Fleury, la balance reste à peu près égale. Il n'y a de différence à constater que dans les procédés d'application. »

Qui peut dire, en effet, dans quelle mesure n'arrivaient pas à se compenser l'intuitive orientation de l'un et l'inquisition méthodique de l'autre, alors que tous deux, avec les moyens différents qu'ils tenaient de leur organisation, de leur milieu et de leur éducation dissemblables, dirigeaient leur attention vers les mêmes recherches?

Assurément, on ne saurait contester à l'empirisme de Priessnitz d'avoir été rationnel ; et, quelle qu'ait été l'enveloppe, parfois fruste, de ses procédés et de ses interprétations doctrinales, faut-il l'assimiler à cet autre empirisme informe (Forster) que constitue, par exemple, l'aveugle et uniforme application d'une recette traditionnelle ?

Donc, sans nous attarder à apprécier lequel des deux a le plus de droit à notre estime, de l'empirisme et du rationalisme scientifique, de Priessnitz et de Fleury, bornons-nous à reconnaître la puissante influence que ces derniers ont eue sur leurs contemporains, et la valeur intrinsèque de leurs travaux.

Grâce à eux, on a pu se rendre mieux compte comment, sous l'ancienne Rome, aussi bien que dans la pensée d'Hoffman [3], l'hydrothérapie avait pu occuper, dans l'art de guérir, une si universelle place, et combien elle mérite, aujourd'hui encore, de

(1) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, p. 83.
(2) Baldou, cité par Fleury, *ibid*, p. 70.
(3) Hoffman, *De aqua medicina universali.*

passer pour un agent thérapeutique primordial et à ce point compréhensif qu'il semble logique de le rattacher à la pathologie générale elle-même.

Non contente, en effet, de s'adresser à toutes les affections, elle s'adapte complaisamment à tous les systèmes nosologiques : stimulante et tonique, calmante et régulatrice, dépurative, dérivative, antiphlogistique, etc., elle met toute l'économie en jeu et rien n'échappe à son influence.

Toutefois autant, sinon plus, que les autres médications, le traitement hydriatique fait large la part des susceptibilités individuelles qui procèdent de l'âge, du sexe, des constitutions originelles ou acquises, de la variabilité des dispositions organiques, etc. Et là gît l'écueil que fatalement rencontre l'hydrothérapeute, en même temps que se manifeste l'insuffisance des données rationnelles, car s'il est des principes généraux et des règles établies pour orienter les prescriptions, les variantes et les exceptions abondent, et de telle façon que le meilleur guide reste et restera longtemps l'empirisme rationnel, c'est-à-dire l'observation doublée de ce don naturel dont parle Scoutteten disant : « Malgré son apparente simplicité, jamais moyen thérapeutique ne fut d'une application plus difficile et n'a réclamé un *tact médical* plus exercé. Il ne faut donc pas s'étonner si des fautes ont été commises. »

En dehors de son rôle prophylactique et hygiénique, l'hydrothérapie, directement applicable à la cure des maladies mentales, nous semble devoir être envisagée au point de vue de deux sortes d'indications distinctes : les unes générales, faisant la part des grands processus symptomatiques qui sont l'excitation et la dépression, les autres particulières, tenant spécialement compte des individualités.

Indications générales.

A. ***États d'excitation***. — La conception du syndrôme fonctionnel *excitation*, avec son habituel cortège de symptômes tels que agitation, expansion, etc., n'implique pas nécessairement,

comme on le sait, un surcroît adéquat d'énergie organique Et c'est dans la situation respective de l'état de l'organe et de son expression fonctionnelle, des forces radicales et des forces agissantes, selon l'expression de Barthez, que le praticien avisé devra chercher, et, le plus souvent, trouver le criterium le plus capable d'orienter ses prescriptions et de les formuler d'après la gamme des divers procédés que fournit l'hydrothérapie.

C'est ce que fait très judicieusement ressortir Morel, quand il dit : « J'ajouterai, à propos de l'emploi des bains prolongés, que les grandes agitations de maniaques ne sont pas toujours l'indice d'une force de résistance corrélative dans les dispositions organiques. Après un bain prolongé, on voit souvent ces malades pâlir, s'affaisser sur eux-mêmes et montrer des tendances congestives ; des fluxions peuvent s'établir aussi vers d'autres organes, et notamment vers les poumons (1). » Et Morel, pénétré des dangers offerts par de telles dispositions organiques, déclarait s'être généralement bien trouvé d'employer un moyen terme en ne prolongeant pas ses bains au delà de cinq à six heures.

Mise à part cette faiblesse organique, qu'il faut rechercher et dans la constitution du sujet (affections cardiaques, pulmonaires, rénales, etc,) et plus encore dans la nature débilitante de la maladie (manies graves, délire aigu, excitation maniaque de la paralysie générale, des états toxi-infectieux, etc.), il faut reconnaître que la pratique de la balnéation très prolongée ou continue, depuis Turck, Bonnefous jusqu'à Krœpelin, a singulièrement démontré la tolérance des maniaques à son égard. Et le bain prolongé semble devoir rester le procédé de choix dans l'excitation maniaque.

Quant à savoir ce qui, en règle générale, peut mieux convenir, ou du bain permanant (système Bonnefous, Krœpelin), ou de la balnéation très prolongée mais discontinue (système Brierre de Boismont), les seuls faits peuvent répondre.

Nous dirons, toutefois, — et cela ne compromettra rien — que le bain permanent s'impose à l'esprit comme un procédé d'exception, et son application systématique comme une exagération.

Volontiers, l'on accepte que le bain, au bout d'un certain nombre d'heures, ait épuisé son action sédative (Marcé) ou se butte infruc-

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 777.

tueusement à l'accoutumance du sujet (Würth). D'autre part, il ne nous paraît point que soustraire, par intervalles variables, le malade au contact de l'eau, offre moins d'avantages, tant au point de vue des résultats curatifs de la balnéation que des commodités de son emploi.

En 1902, telle était aussi, selon M. Thomsen, l'avis de la majorité des aliénistes allemands, avis que l'auteur croyait devoir rapporter, trop exclusivement à coup sûr, à des raisons d'ordre pratique : « Un bain chaud et souvent renouvelé, disait-il, est préféré de beaucoup à des bains de très longue durée ; *certainement ces préférences sont pour des motifs pratiques* (1). »

a) États maniaques. — Dans les manies graves et dans le délire aigu, l'excitation, si souvent en rapport inverse avec les forces radicales de l'organisme, exigera, à la place de l'action dépressive du bain tiède ou chaud (2), la stimulation du bain froid ou frais de courte durée, des bains graduellement surchauffés (Dent), et mieux encore, ce semble, les emmaillotements humides froids avec applications céphaliques froides ou glacées (Krœpelin, Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Salgo (3).

L'enveloppement humide est adopté de préférence par Krœpelin dans certains cas d'agitation maniaque caractérisés par la résistance du malade à se maintenir au bain. Ce mode de contention sédative se concilie fort bien avec l'alitement.

(1) Thomsen, *Rapport sur l'Hydrothérapie* (*Allg. Zeitsch, f. Psychiatrie*, LV, 741).

(2) Cette question de températures *tiède* ou *chaude*, dans son appropriation au bain prolongé ne saurait être tout à fait résolue qu'en pratique, en y substituant la question de température agréable (Arndt). Mais comme celle-ci varie avec la sensibilité thermique de chacun, on conçoit que tel malade adopte de préférence les degrés thermométriques qui correspondent conventionnellement à l'eau tiède, soit au-dessous de 32°, que tel autre sente le besoin d'aborder les degrés qui correspondent à l'eau chaude, soit 33° et au-dessus. C'est dire que le bain prolongé ne saurait être en principe, qualifie de tiède ou de chaud; il sera l'un ou l'autre, suivant la sensibilité de chaque personne. Toutefois, il y a lieu d'observer, avec Marcé et d'autres, qu'au-dessus de la zone sédative, tiède ou chaude, la température tend à devenir excitante. Et de cela il convient de tenir compte non seulement pour éviter de surajouter ce nouveau facteur d'excitation à l'agitation des malades, mais aussi pour l'opposer utilement, dans quelques cas, à l'action trop exclusivement dépressive du bain. C'est dans ce but que nous voyons Alter élever la température du bain prolongé jusqu'à 36°, chez des sujets débiles et anémiés.

(3) « Kroepelin, Kraff-Ebing, Schüle, Arndt, Salgo auraient obtenu de bons effets de ce procédé (emmaillotement humide), surtout chez les malades faibles. » — *in* Regis — *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, p. 621.

Dans la manie aiguë ordinaire interviendront le bain prolongé, le demi-bain, la douche tempérée sans pression de Vidal, le bain en pluie. On pourra aussi recourir, dans certains cas, au maillot humide, au demi-maillot, à la ceinture mouillée, qui, appliqués, le soir, se montrent particulièrement aptes à ramener le sommeil (Morel [1], de Mons).

L'excitation maniaque hystérique s'accommodera le plus souvent de l'enveloppement humide froid souvent renouvelé (Maudsley), des compresses froides sur la tête (Morel), de l'immersion de courte durée en eau froide (Pomme); mais, dans bien des cas, il y aura lieu de recourir au bain prolongé (Brierre de Boismont) ou à la douche tempérée à faible pression ou au bain en pluie.

Chez les épileptiques, les crises d'excitation pourront, mais rarement, bénéficier de l'enveloppement humide (Fuerstner et Fedbausch) et du bain prolongé. Ici surtout, il conviendra de s'adresser au traitement prophylactique et intercalaire, sous forme de lotions, d'enveloppements humides, de douches froides en jet et surtout en pluie (Schüle), de douches graduellement refroidies (Beni-Barde), de bains froids de courte durée.

Dans la paralysie générale, on aura, pour combattre l'excitation, le bain prolongé avec applications glacées sur la tête. L'addition de chlorure de sodium (Bonnefous) ou d'acide phénique (Reinhard) contribuera à parer aux troubles dystrophiques des tissus (eschares, phlegmons, etc.), lorsque d'autres désordres organiques ou fonctionnels ne viendront pas contre-indiquer l'emploi du bain lui-même. Et dans ce cas, le traitement hydrothérapique devra se limiter à des applications partielles : compresses froides sur la tête, bains de siège et pédiluves chauds.

Dans les crises d'excitation survenant au cours des états maniaques chroniques, la symptomatologie seule ne devra pas guider dans le choix du procédé hydrothérapique; mais on aura très particulièrement égard aux indications tirées du rapport nosologique de la crise avec le degré d'ancienneté et les chances de curabilité de l'affection.

A ce point de vue, la crise aiguë du chronique invétéré ou incurable ne saurait être assimilée avec celle de cet autre maniaque

(1) Morel, de Mons, *De l'hydrothérapie dans les mal. mentales*, p. 24.

chez lequel un épisode de surexcitation semble pouvoir être encore envisagé comme l'expression d'une salutaire réaction des énergies psychiques, que l'on se gardera de comprimer par une médication débilitante. Ici trouvera place la balnéation froide, telle que la concevait Guislain, et que, de nos jours, la pratique Schüle [1]. Mais à côté de l'administration judicieuse et prudente du grand bain froid de courte durée, du demi-bain froid ou graduellement refroidi, de la douche froide à faible ou forte pression, des enveloppements humides froids, on pourra utilement s'adresser à la douche écossaise, aux bains médicamenteux sulfureux, alcalins et aromatiques.

La fréquence des syncopes observées par Würth [2] dans les folies chroniques en général (23 fois sur 102 malades), à l'occasion des bains d'une durée de douze heures, laisse entrevoir que, dans tout cas maniaque chronique, il y a à se méfier de l'action dépressive du bain prolongé et à en observer minutieusement les indications et l'emploi.

A l'excitation maniaque chronique semble particulièrement approprié le bain en pluie des Américains, si susceptible de se mettre en harmonie avec l'état des sujets et les besoins d'un service rapide. La douche fixe d'aspersion, à grosse pomme d'arrosoir et à faible pression, telle qu'elle est instituée à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), semble appelée à donner les mêmes résultats.

L'un ou l'autre de ces deux procédés calmeront, à l'instar de la douche baveuse de Vidal, lorsque leur application sera tiède ou tempérée ; plus ou moins froids, ils développeront les effets toni-sédatifs du bain d'affusion dont Reverchon et Baume étaient arrivés à gratifier assez uniformément l'ensemble de leurs malades.

(1) « Schüle utilise encore, dans les cas de manie peu prononcée, les bains froids de huit à dix minutes, avec applications de glace sur la tête. Ils sont donnés sous la surveillance du médecin pendant et après le bain ; il prescrit un peu de vin et fait procéder aux frictions avant de coucher le malade au lit. Ces bains froids lui ont paru des plus utiles dans les *formes prolongées pour obtenir une réaction psychique*. Toutefois, ces bains ne peuvent être administrés sans s'être rendu un compte exact de l'état physique de l'individu, attendu que la grande débilité et les affections cardiaques et pulmonaires contre-indiquent leur emploi. » MOREL, de Mons, *Hydroth. des maladies mentales*, p. 46.

(2) WURTH, cité par M. TRENEL, *Traitement de l'agitation et de l'insomnie* (*Rapport au Congrès de Bruxelles*, 1903, p. 134).

b) États Mélancoliques. — C'est dans la mélancolie surtout qu'il convient de dépister, sous les dehors d'une dépression psychique, la situation réelle des forces organiques, avant de formuler un traitement hydrothérapique.

Comme on le sait bien, la mélancolie n'est point exclusive des états d'excitation et d'agitation, et dans ces cas, où se range la mélancolique anxieuse, « les bains tièdes prolongés de deux ou trois heures apportent un grand soulagement. » (Garnier et Cololian) (1)

Même dans la mélancolie avec conscience, la tension douloureuse du système nerveux sera combattue par les bains prolongés de une heure ou deux, à la température constante de 28 à 32° ou à l'aide du drap mouillé. (Ritti) (2).

En principe, la durée du bain tiède doit être, ici, modérée, eu égard à l'influence plus ou moins dépressive qu'exercent sur les centres nerveux des préoccupations tristes et angoissantes, lors même qu'elles se traduisent par les phénomènes extérieurs de l'excitation. Aussi semble-t-il rationnel que Krœpelin (3) ait pu dire qu'aux *anxieux* et aux épileptiques les bains très prolongés sont les moins applicables.

Dans les états d'excitation mélancoliques seront, en outre, indiquées les pratiques à peu près similaires de la douche en pluie attiédie (Delmas), de la douche baveuse, du bain en pluie tempéré.

Si Morel (4), de Mons, peut signaler que, dans la mélancolie grave, allant jusqu'à l'agitation, certains auteurs ont pu substituer, avec les mêmes avantages, le maillot humide aux bains tièdes un peu prolongés, on ne perdra pas de vue que ce moyen recommandable possède aussi une action dépressive et non exempte de tout danger de collapsus.

B. ***États de dépression***. Dans la dépression mélancolique, il y a à considérer divers degrés de cette dépression, depuis ceux de

(1) Garnier et Cololian, *Traité de thérap. des maladies mentales et nerveuses*. p. 276.

(2) Ritti, *Traité de thérap. appliquée*, de M. Albert Robin, art. Mélancolie, p. 198,

(3) Kroepelin, cité par Sérieux *in Trait. de l'alién. ment. par le bain permanent* (*Revue de Psychiatrie*, mars 1902, p. 127).

(4) Morel, de Mons, *Hydrothérapie dans les maladies mentales*, p. 42.

la mélancolie simple, si proche de la neurasthénie, jusqu'à la mélancolie stupide.

Aux premiers degrés s'appliquera le traitement hydrothérapique de la dépression neurasthénique, à savoir : la douche écossaise, la douche mixte de Beni-Barde, ou même, si le malade la tolère, la douche froide de courte durée, les immersions bornées à un rapide plongeon dans l'eau froide, les demi-bains froids, frais (Thomsen), et toujours courts, les frictions avec le drap mouillé fortement tordu, les lotions froides.

Dans les formes plus accusées, telle que la mélancolie avec stupeur, mais avec un état général relativement satisfaisant, on peut employer, au début, les grands bains chauds, le bain tiède sinapisé, le demi-bain, la douche écossaise, les emmaillotements froids de courte durée, les lotions stimulantes, et, un peu plus tard, les bains froids ou la douche froide en pluie (Schüle), toujours sous surveillance et à des intervalles de un ou plusieurs jours (Morel [1] de Mons).

Lorsque les états mélancoliques aigus sont marqués par la dépression organique, ainsi que dans les *psychoses d'épuisement physique* des auteurs allemands, Thomsen considère le bain chaud avec compresses froides comme le procédé le moins dangereux. Conformément à ce qui a été déjà dit relativement à l'action débilitante du bain tiède, nous pensons qu'il y a lieu de recourir, en ces cas, à de courts bains chauds ou très chauds (C. Dent.), précédés ou suivis de lotions stimulantes froides, ou bien au bain sinapisé.

Les manuluves et pédiluves chauds ou sinapisés seront seuls appliqués, quand l'état général très défectueux s'accompagnera de troubles profonds de la circulation (cyanose, refroidissement des extrémités, etc.).

Dans tous les cas, la réaction sera attentivement surveillée, et, le plus possible, favorisée par les frictions stimulantes, les mouvements actifs ou passifs, etc.

(1) Morel, *Hydroth. dans les maladies mentales*, p. 42.

Indications individuelles.

En dehors ou à côté des indications fournies par les phénomènes d'excitation et de dépression ou par leur substratum anatomo-pathologique manifeste ou présumé (l'hyperhémie et l'ischémie des centres nerveux (Luys), la balnéothérapie psychiatrique perd toute physionomie de médication méthodique pour devenir un traitement symptomatique.

Encore faut-il remarquer, avec Thomsen, que les formes cliniques dominantes de l'excitation et de la dépression sont loin d'exprimer la véritable condition anatomique et physiologique des organes, que tandis que rien ne prouve que l'état maniaque dépende nécessairement d'une hyperhémie cérébrale, il y a lieu d'admettre que de grandes différences existent entre les conditions organiques et pathogéniques régissant, d'une part, la manie aiguë, l'agitation paralytique et épileptique, le délirium tremens, le délire hallucinatoire aigu, et, d'autre part, la stupeur mélancolique, la dépression paralytique et épileptique, les états dépressifs de la paranoia, de l'imbécillité, etc.

Aussi conçoit-on l'extrême diversité des pratiques hydrothérapeutiques, et, généralement, toutes les difficultés attachées à la pratique de la balnéothérapie mentale, qui, ainsi que nous l'avons dit, devient, le plus souvent, individuelle dans la personne de qui la prescrit et qui la subit.

Hyperhémie et ischémie cérébrales. — Dans le cas où l'hyperhémie cérébrale est nettement et spécialement en cause, il convient de faire appel, selon les cas, et conjointement avec les moyens hydriatiques indiqués par ailleurs, aux antiphlogistiques directs ou indirects, qui seront les applications continues, froides ou glacées sur la tête et les gros vaisseaux du cou, la révulsion à distance par les procédés froids ou très chauds (pédiluves, manuluves chauds ou sinapisés, vaso-dilatation réactionnelle consécutive aux applications froides, etc).

Lorsque au contraire, on peut soupçonner l'ischémie, on dirigera les applications hydrothérapiques de telle sorte que l'action

dérivative s'effectue au profit de l'irrigation cérébrale. A cette intention, la révulsion par l'eau chaude et les phénomènes réactionnels de l'eau froide seront plutôt sollicités vers les parties supérieures du corps, comme dans la douche en pluie, le demi-bain accompagné d'affusions, l'affusion elle-même, etc. Certains ont utilisé, en ce cas, la compresse céphalique chaude.

États toxi-infectieux. — Après les indications relevant de l'excitation et de la dépression, de l'hyperhémie et de l'ischémie cérébrales, nous signalerons celles qui se rattachent plus spécialement à l'étiologie et aux processus infectieux ou toxiques.

Le *délirium tremens* sera traité par le bain frais ou froid, conformément à la pratique adoptée par les médecins français Féréol, Rousseau, Letulle. On se souviendra aussi que Morel avait utilement employé, en ce cas, l'emmaillotement humide constamment réfrigéré, et que certains auteurs, tel Thomsen, par crainte du collapsus, reportent leurs préférences sur les bains tièdes et les affusions légères.

Au *délire aigu* devront être ordinairement appliqués les enveloppements humides froids plus ou moins prolongés (Magnan), le bain tempéré court, de 28° à 30° (Anglade) (1) ou même le bain froid (Garnier et Cololian) (2) suivant la méthode de Brand.

Les bains prolongés chauds, bien que considérés par Kræpelin, comme le remède héroïque du délire aigu, ne sauraient être prescrits qu'avec une extrême réserve, étant donné leur action débilitante et l'état de dépression organique inhérente à cette affection.

Nous avons vu que Brierre de Boismont (3) et Baillarger (4) signalaient les dangers ou l'inutilité des bains prolongés dès que la manie aiguë se transformait ou tendait à se transformer en délire aigu.

Lésions organiques de l'encéphale. — Dans les affections mentales liées à une affection organique de l'encéphale, sénilité, artério-sclérose précoce, hémorrhagie, ramollissement, etc., et

(1) Anglade, art. Délire aigu. *Traité de pathol mentale de M. Gilbert*, Ballet, 1903.
(2) Garnier et Cololian, *Traité de thérap. des mal. ment. et nerveuses*, p. 254.
(3) Prierre de Boismont, *loc. cit.*
(4) Baillarger in *Traité des mal. mentales de Griesinge*. Traduit par Doumic, Note de la p. 540.

plus particulièrement dans la paralysie générale, les grandes applications hydrothérapiques devront être, du moins en règle générale, proscrites. Ce n'est que dans des cas spéciaux, et après un examen approfondi des forces du malade et de ses capacités réactionnelles qu'on emploiera, en cas d'excitation aiguë, les grands bains tièdes et les enveloppements froids ou chauds.

Décubitus. — Toutefois les observations et la pratique de Bonnefous et de Reinhard ont montré quels avantages on pouvait retirer du bain prolongé dans les lésions dystrophiques du décubitus, et notamment dans la démence paralytique.

États catatoniques. — Thomsen fait remarquer que les indications individuelles et symptomatiques dominent aussi dans les formes de folie survenant chez les jeunes gens. Toujours est-il que, dans les grands états d'agitation catatonique, Kroepelin [1] a cru devoir substituer les enveloppements humides et tièdes au bain prolongé.

Folies lucides. — Essentiellement symptomatique devra être l'hydrothérapie quand elle s'adressera aux folies lucides, aux syndromes de dégénérescence ou aux états plus ou moins rattachés à l'hystérie, à l'épilepsie, à la neurasthénie, à la chorée, à la maladie de Basedow, etc.

Nulle part, le sujet et l'affection ne sont empreints d'une individualité plus tranchée, dont devra étroitement tenir compte l'application hydriatique.

Ici prendront place, suivant les cas, les bains chauds et froids, les demi-bains, les emmaillotements humides, les douches froides, écossaises ou savamment mitigées à la façon de M. Beni-Barde, les bains de vapeur associés aux applications froides, les affusions, lotions, etc.

A *l'excitation* on opposera le bain tiède, les emmaillotements froids, les demi-bains tièdes avec affusions, la douche baveuse ou le bain en pluie. Le sommeil sera favorisé au moyen des enve-

(1) Kroepelin, *Traité des maladies mentales*, 7e édition, chapitre Traitement.

loppements humides (emmaillotement total, demi-maillot, ceinture, compresses des jambes, etc.), du bain, du demi-bain ou même du simple pédiluve, pris avant l'heure du coucher. « Les bains donnés dans l'après-midi, même les bains de pieds, dit Ritti [1], sont des procédés qui réussissent parfois à amener le sommeil, même chez les malades les plus réfractaires. »

Au sujet des emmaillotements froids, Thomsen fait observer que certains sujets nerveux les supportent mal dès qu'ils dépassent la durée d'une demi-heure, et que, dans ce cas, ils doivent être supprimés, toutes les fois que le réchauffement tarde à se produire ou ne s'accompagne pas d'un sentiment de bien-être.

Contre la *dépression*, on utilisera les moyens hydrothérapiques stimulants, tout en procédant avec prudence et délicatesse, lorsqu'on fera appel à l'eau froide et à la percussion (douches, affusions, immersions). Avec plus de sûreté, on donnera la douche écossaise et le demi-bain frais ou graduellement refroidi, accompagnés de frictions ou d'affusions fraîches ou froides, suivant la pratique allemande.

Il est des sujets dont la susceptibilité demandera une acclimatation progressive aux applications froides qui sont, de beaucoup, les plus vitalisantes et les plus susceptibles de mettre en jeu les réactions organiques.

Hydrothérapie hygiénique.

La question de l'hydrothérapie hygiénique de nos asiles ne saurait retenir longtemps.

Bien que plus spécialement destinée à sauvegarder les fonctions de la peau, et, par là, à assurer les soins élémentaires de propreté du corps, l'usage hygiénique externe de l'eau confond nécessairement son rôle avec celui de l'hydrothérapie prophylactique et curative.

D'après les états constitutionnels ou morbides des individus, les conditions de milieu et de saisons, on pourra avoir recours

(1) Ant. Ritti, *Traité de thérap. appliquée de M. Alb. Robin*, art. *Trait. de la mélancolie*, p. 186.

aux bains tempérés ou tièdes, à toute la gamme des douches, affusions et lotions, etc.

A cet emploi hygiénique se prête admirablement la douche en pluie à faible pression, et, en particulier, la pratique, à la fois simple et expéditive, des bains d'aspersions savonneux (Maxime Dubuisson).

Hydrothérapie prophylactique.

Nul, mieux ou plus que Morel, ne s'est préoccupé de la prophylaxie hydrothérapique des maladies mentales, s'efforçant de les prévenir, soit à la période des premiers prodromes, soit, comme simple prédisposition, dans ce qu'il appelait les *états nerveux des héréditaires*. « Je tiens à signaler, disait-il, les immenses avantages que j'ai retirés des bains prolongés et de l'hydrothérapie, lorsque j'ai été consulté dans cette période prodromique où s'organise la folie. Leur avantage n'est pas moins grand dans ces situations névropathiques où les opiacés ne procurent aucun soulagement aux malades et où les toniques et les purgatifs ne font qu'irriter le système digestif déjà si impressionnable. » Et pour modifier la constitution nerveuse des héréditaires, Morel invoque surtout l'expérience balnéaire de Fleury, et, ainsi que lui, accorde des préférences à l'eau froide, associée ou non aux sudations.

Il va sans dire que Morel a eu, à cet égard, d'innombrables devanciers.

De tout temps, en effet, l'eau froide s'est imposée à la médecine empirique par ses propriétés sthéniques et son aptitude à sauvegarder l'harmonie fonctionnelle des centres nerveux. Nombreux sont les médecins ou les sages qui, sur ce point, ont laissé de parfaites recommandations.

Bion, interrogé sur le secret de sa vitalité, répondait : « L'eau et l'exercice », de même que Hahn écrivait : « En Italie, les accoucheurs lavent leurs nouveau-nés à l'eau froide, tous les jours, à partir de leur naissance et au moins jusqu'à l'âge de neuf mois, ce qui les garde des convulsions et du rachitisme. »

Or, cette action de l'eau, ainsi capable de refréner préventive-

ment l'ataxie motrice ou les convulsions du tout jeune enfant, se maintient à travers chaque étape de l'évolution de l'homme et aussi bien s'oppose aux diverses formes de l'ataxie psychique qui sont la folie : « En habituant les enfants, dès le berceau, à la sensation de l'eau froide, dit aussi Tartivel [1], on les rend moins sensibles à l'action du froid, on les garantit des inconvénients plus ou moins fâcheux du refroidissement, on les préserve de beaucoup de misères, on les trempe, en quelque sorte, au physique et au moral, pour les rudes épreuves de la vie. »

L'adolescent et l'adulte useront avec avantages des lotions, des affusions, des douches froides et aussi des différents modes de bains. Et ces pratiques contribueront à les fortifier contre les multiples facteurs de la déséquilibration, aussi bien acquise qu'héréditaire, contre les crises d'évolution de la puberté et de la menopause, contre le surmenage, les intoxications, l'usure organique, etc.

Après ce qui vient d'être exposé, peut-on douter de la haute valeur de la balnéation appliquée aux maladies mentales ? Et serait-ce assez répondre sur la question de cette valeur que d'opposer à la manifestation éclatante des résultats partout affirmés, la prépondérance encore excessive de l'empirisme sur les interprétations physiologiques et les indications rationnelles, comme si cette prépondérance n'était attachée, ainsi qu'un fâcheux privilège, qu'à cette partie de l'art de guérir ?

Assurément, quelles que soient les lacunes scientifiques de la méthode hydrothérapique, elle n'en reste pas moins l'un des plus puissants agents de la thérapeutique générale et, selon toute apparence, le mieux approprié au traitement des fous.

Tel est, en particulier, l'avis de Schüle, disant : « L'emploi judicieux de l'eau est, pour les affections de l'esprit, le remède qui ne saurait être surpassé par aucun autre trésor médical. »

Ce jugement de l'auteur allemand, qu'eussent ici pleinement ratifié Brierre de Boismont, Scipion Pinel, Reverchon, Bonnefous, etc., est-il aujourd'hui le nôtre ?

Je n'ose prévoir l'issue du procès pendant, et me reporte, en

(1) Tartivel, *Dictionnaire encyclop. de Dechambre*, art. lotions, p. 118.

terminant, sur le sujet, bien moins discutable, des desiderata de notre éducation hydrothérapique.

M. Morel, de Mons, n'a pas craint de dire : « L'hydrothérapie et l'électrothérapie sont des parties de la thérapeutique qui sont relativement peu enseignées dans notre pays. Au moins ce que l'on en enseigne dans nos Universités doit être tellement élémentaire et insuffisant que nous ne connaissons jusqu'ici, chez nous, aucun praticien qui, au début de la pratique médicale, oserait sérieusement faire l'application de l'eau ou du courant électrique. »

Et ce qui se passe au pays de Guislain est aussi malheureusement une réalité en France, où l'enseignement officiel de l'hydrothérapie est nul et où l'organisation balnéaire de bon nombre d'asiles ne progresse que péniblement, plus soutenue par des nécessités d'hygiène que par des convictions thérapeutiques.

Aussi verrions-nous avec satisfaction le XV[e] Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française adopter cette proposition, émise par Schüle, à cet autre Congrès de Bonn, en 1898, d'après laquelle la question resterait indéfiniment ou reviendrait périodiquement à l'ordre du jour de nos réunions annuelles.

CONCLUSIONS

1° L'Hydrothérapie exige comme condition essentielle de sa pratique le tact expérimenté de celui qui l'emploie.

2° Toute gamme des procédés hydrothérapiques a pour point de départ une excitation à la périphérie du corps; mais les effets se différencient ou divergent suivant la thermalité de l'eau, la durée et l'intensité des applications, et maintes conditions individuelles plus dépendantes des multiples et variables dispositions du sujet que de la classe nosologique dans laquelle on le range. Nulle thérapeutique ne réclame plus de sens d'opportunité clinique, une conception plus synthétique et plus coordonnée des notions de pathologie générale.

3° La qualité thermale de l'eau, aussi bien que l'intensité et la durée des applications, devront se mettre en rapport avec les résistances organiques, générales ou partielles, et aussi avec les susceptibilités individuelles. On ne perdra pas de vue que la dépression fonctionnelle des centres nerveux n'est point adéquate à leur dépression organique et que cette dernière se dissimule souvent sous le masque de l'excitation et de l'agitation. C'est dans ces cas dépuisement organique que l'on évitera, avec le plus de soins, tous les procédés qui, par la durée ou l'intensité de leur action, mettent trop vivement en jeu les processus de la réaction et risquent d'en épuiser les sources.

4° Dans les cas de folie caractérisés par une asthénie réelle et profonde — tels, certains délires toxi-infectieux comme la folie puerpérale, la confusion mentale, certains états maniaques accompagnés d'un état général grave, la mélancolie stupide, la dépression catatonique, etc., — on s'adressera prudemment, soit à la balnéation tiède peu prolongée et associée à des frictions ou lotions

stimulantes, soit à l'emmaillotement humide froid, sinapisé (Chaslin), graduellement surchauffé (Dent).

Dans le choix des procédés, on n'aura égard aux syndromes maniaque et mélancolique que dans la mesure où ils peuvent, par eux-mêmes, fournir des indications sur l'état des forces du malade.

5° Aux états d'excitation et d'agitation conviennent généralement les applications tièdes ou chaudes : bains prolongés de 28 à 34° c., douches tempérées à faible pression (douche baveuse de Vidal ou bain en pluie).

Chaque praticien saisira dans le degré des résistances offert par le malade à tel ou tel procédé, l'indication d'en rejeter ou d'en ajourner l'emploi.

6° Il est des cas de folie aiguë, d'essence plutôt sthénique — tels, les épisodes d'excitation délirante de l'hystérie, — qui, bien que justiciables de la balnéation tiède, s'accommodent aussi avantageusement des applications hydrothérapiques froides : immersions de courte durée, affusions, douches en pluie à faible pression, enveloppements humides.

7° De même, le délire alcoolique aigu trouve son rapide soulagement dans l'immersion froide ou fraîche relativement prolongée; mais l'usage d'une telle médication, agissant par sidération des centres nerveux, n'est pas exempte de dangers et rend nécessaire la présence du médecin.

8° Aux états hyperthermiques et spécialement au délire aigu, on opposera les enveloppements humides froids, souvent renouvelés ; plus rarement, le bain froid ou mitigé.

9° Il est des vésaniques à constitution rhumatismale, goutteuse ou pléthorique, chez lesquels les applications hydrothérapiques seront judicieusement associées à la sudation (emmaillotements, bains russes et turcs).

10° Les folies d'origine organique, comme la paralysie générale et celles qui coexistent avec des affections cardiaques ou pulmonaires, contre-indiquent toute médication hydrothérapique susceptible de congestionner les organes lésés ou de porter atteinte à leur fonctionnement. Les applications seront ici partielles, symptomatiques ; et ce n'est qu'exceptionnellement que, dans la paralysie générale, on recourra au bain

tiède ou chaud ou à l'enveloppement humide chaud (Alter). Même et surtout dans la démence paralytique, les lésions de décubitus seront une indication du bain prolongé (Bonnefous, Reinhard).

11° Aux états subaigus prolongés ou aux affections aiguës tendant très lentement à l'apaisement des signes de l'excitation psychique, certaines applications excitantes froides, fraîches ou mixtes (douches froides ou écossaises, demi-bains plus ou moins refroidis avec affusions froides) seront parfois heureusement substituées aux applications sédatives tièdes ou chaudes. Il y aura surtout lieu de procéder de la sorte, lorsque au calme du malade et à son amélioration physique ne correspondra pas le retour parallèle de ses aptitudes mentales.

12° Les états chroniques seront généralement soumis à une hydrothérapie hygiénique dont le bain ordinaire, le bain de piscine et les bains d'aspersion savonneux feront le plus commodément les frais.

Des indications particulières ou occasionnelles feront intervenir l'emploi judicieux et modéré, soit des procédés stimulants toniques ou toni-sédatifs (douche écossaise, douches froides en jet ou en pluie, affusions, demi-bains), soit des procédés plus directement sédatifs (bain plus ou moins prolongé, douche tempérée à faible pression, bain en pluie).

Les épisodes aigus, maniaques ou mélancoliques survenant au cours des affections chroniques, seront soumis aux règles générales applicables aux états d'excitation et de dépression psychiques ; mais c'est ici surtout qu'il faudra, avant et durant toute intervention, examiner, avec une attention scrupuleuse, dans quels rapports d'adaptation se trouvent et se maintiennent, d'une part les résistances organiques du sujet et son aptitude à réagir, et, d'autre part le procédé hydriatique utilisé.

13° La médication prodromique, visant surtout l'insomnie, fera appel aux bains ou demi-bains tièdes et à l'enveloppement humide (maillot, demi-maillot, ceintures, compresses des membres inférieurs, etc.). Les demi-bains, la douche écossaise, la douche baveuse de Vidal, le bain en pluie, les emmaillotements humides, les pédiluves, bains de siège, etc., trouveront aussi leur utile emploi pour combattre l'irritabilité nerveuse et psy-

chique sous ses divers aspects initiaux d'excitation ou de dépression.

14° La plupart des procédés hydrothérapiques peuvent concourir à la prophylaxie des maladies mentales : c'est, néanmoins, vers l'eau froide que l'on tendra à diriger préventivement le groupe dominant des prédisposés héréditaires (Morel, Brocard).

TABLE DES MATIÈRES

DE L'HYPOCHONDRIE

DEUXIÈME PARTIE

ANNEXE

LE SYNDROME DE LA NÉVRITE ASCENDANTE

PREMIÈRE PARTIE

Clinique.

DEUXIÈME PARTIE

Expérimentation.

BALNÉATION ET HYDROTHÉRAPIE



IMPRIMERIE BREVETÉE FR. SIMON, RENNES